

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AGROECOSSISTEMAS

A REALIDADE DA SAÚDE DOS SEM TERRA: O CASO DO  
ASSENTAMENTO BUTIÁ, SANTA CATARINA, BRASIL

THIAGO ALFREDO BOTELHO DE CÓRDOVA

Florianópolis, junho de 2010.



THIAGO ALFREDO BOTELHO DE CÓRDOVA

A REALIDADE DA SAÚDE DOS SEM TERRA: o caso do Assentamento Butiá, Santa Catarina, Brasil

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Agroecossistemas, Programa de Pós-Graduação em Agroecossistemas, Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal de Santa Catarina.

**Orientador:** Prof. Dr. Clarilton E. D. C. Ribas  
**Co-orientador:** Prof. Dr. Antonio M. Wosny

FLORIANÓPOLIS  
2010

Córdova, Thiago Alfredo Botelho

A realidade da saúde dos Sem Terra: o caso do Assentamento Butiá, Santa Catarina, Brasil – Florianópolis, 2010.

xx, 180 f.:il., grafs.; tabs.; quads.; bibls; anexo.

Orientador: Prof. Dr. Clarilton E. D. C. Ribas

Co-orientador: Prof. Dr. Antonio M. Wosny

Dissertação (Mestrado em Agroecossistemas) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências Agrárias.

Bibliografia: f.164-173

1. Política de saúde - Teses. 2. Saúde do trabalhador - Teses. 3. Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra - Teses.

# **TERMO DE APROVAÇÃO**

**THIAGO ALFREDO BOTELHO DE CÓRDOVA**

**A REALIDADE DA SAÚDE DOS SEM TERRA: o caso do Assentamento Butiá, Santa Catarina, Brasil**

Dissertação aprovada em 10/06/2010, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Agroecossistemas, Centro de Ciências Agrárias, Universidade Federal de Santa Catarina.

---

Prof. Dr. Clarilton E. D. C. Ribas  
(CCA/UFSC)

---

Prof. Dr. Antonio M. Wosny  
(CCS/ UFSC)

---

Luiz Carlos Pinheiro Machado Filho

## **BANCA EXAMINADORA:**

---

Dr. Alfredo Celso Fantini  
Presidente (CCA/UFSC)

---

Dr<sup>a</sup>. Claire M. T. Cerdan,  
Membro (CCA/UFSC)

---

Dr<sup>a</sup>. Maria do Horto F. Cartana  
Membro (CCS/UFSC)

---

Dr. Marco Aurélio da Ros  
Membro (CCS/UFSC)

Florianópolis, 10 de junho de 2010.



## AGRADECIMENTOS

Meu agradecimento às famílias do Assentamento Butiá, que tão bem me acolheram em suas casas e em suas vidas, e, em especial ao Vilson, um grande líder e profundo conhecedor da realidade de seu povo, nossos queridos irmãos Sem Terra;

À Equipe de Saúde da Família de Volta Grande, e, em especial ao Adilson, que tão prontamente apoiaram nossos trabalhos, colaborando com informações muito valiosas, essenciais à construção dessa dissertação;

À minha querida e amada mãe, quem me ensinou com sua prática de vida que o importante é SERVIR ao próximo, para que possamos VIR a SER sujeitos de verdade – e também por suas várias, valiosas e penosas correções textuais dessa dissertação;

Ao meu (jovem) pai, quem tanto me apoiou e sempre acreditou em mim, por ser cada vez mais meu amigo e cada vez mais presente na minha vida;

Ao meu grande professor e orientador, Clarilton Ribas, por ter me acolhido e orientado nesses mais de dois anos e também por ter me apresentado à tão contraditória, intensa e rica realidade de vida dos Sem Terra, que, com certeza, transformou minha vida, valeu por tudo prof. Ribas;

Ao grande mentor de toda essa obra, meu querido co-orientador Antonio Wosny, por sua infinita paciência comigo, por sua disposição, boa vontade e bom humor sempre, por sua vastíssima sabedoria e experiência no campo da Saúde e por sua profunda compreensão do ser humano, valeu professor Toni;

À professora Maria do Horto, quem me mostrou como concretizar meus objetivos, com seu grande conhecimento sobre metodologia, por suas valiosas e decisivas orientações nesse percurso; à professora Ivonete, pela orientação coletiva que fazia com o prof. Toni, em sua sala;

Ao professor Rodrigo Moretti-Pires, por sua valiosa contribuição com a Hermenêutica-Dialética, com a qual pude enriquecer grandemente a análise dos meus dados, muito obrigado;

Aos colegas e companheiros do grupo de pesquisa Educação em Saúde, cujos encontros, aprendizados e convivência foram fundamentais para as discussões realizadas nesse estudo, e em especial, ao professor Marcão, grande mestre e guia de toda essa galera;

Aos queridos professores e colegas de Mestrado, mestres valiosos em meu caminho, por todos os momentos que passamos juntos, e, em especial, à Janete querida, por sua paciência e consideração por todos que cruzam seu caminho; valeu Janete, você me salvou muitas vezes!

Ao Adinor Capelesso, colega de mestrado e amigo, por nossas discussões teóricas ao longo do curso e por sua inestimável contribuição na edição e configuração final desse texto, muito obrigado;

As companheiros do LECERA, guerreiros valiosos nessa jornada, por seu apoio e dedicação sempre;

Aos meus muitíssimos e queridos irmãos, distantes em Uberaba, mas sempre próximos do meu coração, por sua amizade e amor sempre; e também à minha maninha amada que tá aqui sempre comigo, me dando força em tudo e coordenando as equipes, valeu Báh!

Aos meus também queridos irmãos e amigos conquistados em Florianópolis, em especial a galera da Casa Verde - a todos, aos que passaram e aos que estão -, sem o apoio dos quais, não suportaria chegar ao fim desse trabalho; valeu galera, vocês estão no coração pra sempre!

Por fim, a CAPES pelo apoio financeiro concedido mediante bolsa de estudos.



*"O DESAFIO CONSTITUCIONAL...  
O SONHO DA SAÚDE...  
TUDO PARA TODOS!  
INTEGRALIDADE E UNIVERSALIDADE"*

*(Gilson Carvalho, 2004)*



## RESUMO

Esta pesquisa se refere à realidade da saúde da população do campo, enfocando, especificamente, o contingente organizado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Embora a instituição do Sistema Único de Saúde (SUS) objetive atender às demandas e necessidades de saúde da população brasileira, ainda existe uma grande distância entre o que é preconizado pelo SUS e o que é vivenciado pelas pessoas, na base do sistema, principalmente, na realidade do campo, onde se encontram as maiores iniquidades, não sendo garantida a estas populações a real efetivação de seu direito constitucional à saúde. A escolha do MST para este estudo deve-se a seu papel estratégico na sociedade brasileira, também destacado no relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003), que o considerou um dos principais atores a serem articulados para contribuir na construção de políticas públicas que visem superar essas iniquidades. Considerando isso, nessa pesquisa, objetivamos analisar a realidade da saúde de famílias de trabalhadores rurais vinculados ao MST e sua relação com o SUS. Procuramos concretizar esse objetivo a partir de um estudo de caso, de abordagem qualitativa, realizado no Assentamento Butiá, localizado no Distrito de Volta Grande, região rural do município de Rio Negrinho, no norte de Santa Catarina. Para tanto, utilizamos como instrumentos de coleta de dados a observação, a entrevista semi-estruturada e a análise documental. Os sujeitos do estudo foram assentados do Assentamento Butiá, profissionais de saúde da Unidade de Saúde de Volta Grande – Saúde da Família (USVG-SF) e gestores do Sistema de Saúde do município de Rio Negrinho. Para o tratamento dos dados levantados, utilizamos uma perspectiva hermenêutico-dialética. Como resultados, apresentamos uma descrição do SUS no município e da dinâmica específica da USVG-SF, o principal meio de assistência à saúde dessa população; identificamos os principais problemas de saúde dos assentados; e analisamos algumas de suas percepções acerca de seus processos de saúde-doença e de sua relação com o SUS, contrastando-as com percepções dos gestores e profissionais de saúde acerca desses temas. Consideramos que seus principais problemas de saúde são aqueles comumente encontrados na realidade do campo, relacionados às precárias condições de vida em que se encontram; no que se refere às suas percepções acerca da assistência que lhes é prestada pelo SUS, identificamos situações que não diferem muito daquelas relatadas na literatura sobre o tema: insatisfações constantes, demonstradas por queixas e críticas sobre determinadas rotinas e sobre a qualidade do atendimento dos profissionais; porém, ficou evidente que o

maior problema se relaciona com a distância existente entre o SUS e a realidade específica dos assentados, em que os profissionais e gestores ainda desconhecem grande parte dos problemas vivenciados por essa população em seu cotidiano. Por toda a situação analisada, consideramos que os caminhos à superação dos problemas encontrados devem passar pela construção de relações interpessoais baseadas num verdadeiro diálogo entre as três categorias de sujeitos envolvidas, em uma relação entre iguais, que fortaleça o vínculo entre os sujeitos, a participação e o controle social, pois, só assim, as aspirações dos assentados poderão ser devidamente interpretadas pelos profissionais e gestores, os quais, munidos desse conhecimento, estarão mais bem capacitados para construir estratégias de enfrentamento desses problemas.

**Palavras-chaves:** Saúde; Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST); Sistema Único de Saúde; Assistência à Saúde; Estratégia Saúde da Família (ESF)

## ABSTRACT

This research refers to the reality of health of the field, focusing specifically the contingent organized by the Movement of Landless Workers (MST). Although the institution of the Unified Health System (SUS) aim to meet the demands and health needs of the population, there is still a big gap between what is advocated by SUS and what is experienced by people at the base of the system, mainly in reality of the field, where the largest inequities are not guaranteed to these people the proper enforcement of their constitutional right to health. The choice of the MST for this study due to its strategic role in Brazilian society, also highlighted in the final report of the 12th National Health Conference (2003), who considered him one of the main actors to be articulated to contribute to building public policies designed to overcome these inequities. Considering this, in this study, we aimed to analyze the reality of the health of rural working families linked to the MST and its relationship with SUS. We seek to achieve this goal from a case study, qualitative study, conducted at Butia Settlement, located in the District of Volta Grande, rural region of Rio Negrinho in northern Santa Catarina. We used as instruments for data collection observation, semi-structured interviews and documentary analysis. The subjects were seated at the settlement Butia, health professionals, the Health Unit of Volta Grande - Family Health (USVG-SF) and managers of the health system of Rio Negrinho. For the treatment of data collected, we used a hermeneutic-dialectic perspective. As a result, we present a description of the SUS in the city and the specific dynamics of USVG-SF, the main form of health care in this population, we identified the main health problems of the settlers, and analyze some of their perceptions about their health processes and disease and its relation to the SUS, contrasting them with perceptions of managers and health professionals about these issues. We believe that the main health problems are those commonly found in the reality of the field, related to poor living conditions where they are, with regard to their perceptions of any assistance is provided by the SUS, we identify situations that do not differ much those reported in the literature on the topic listed grievances, evidenced by complaints and criticisms about certain routines and the quality of care professionals, but it was evident that the biggest problem relates to the distance between the SUS and the specific reality of the settlers, where professionals and managers still lack many of the problems experienced by this population in their daily lives. Analyzed by the whole situation, we consider the ways to overcome the problems encountered must pass by the construction of

interpersonal relationships based on genuine dialogue between the three categories of subjects involved in a relationship of equals that strengthens the bond between the subjects, the participation and social control, for only thus, the aspirations of the settlers can be properly interpreted by professionals and managers who, armed with this knowledge, will be better able to build strategies for addressing these problems.

**Keywords:** Health; Movement of Landless Workers (MST), the Unified Health System (SUS), Health Care, Family Health Strategy (FHS)

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).....	36
Figura 2 – Localização do município de Rio Negrinho (SC).....	65
Figura 3 – Casas de madeira no assentamento Butiá. ....	71
Figura 4 – Estrada geral e estrada secundária que perpassam o assentamento Butiá. ....	72
Figura 5 – Unidade de Saúde de Volta Grande, ambulância e carro. ....	103

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Cronologia das políticas de saúde para o campo no Brasil (1918 a 2004).....	41
Quadro 2 - Matriz interpretativa crítico-reflexiva formulada por Moretti-Pires e Campos (2009).....	86
Quadro 3 - Características dos profissionais da Unidade de Saúde de Volta Grande. ....	104
Quadro 4 – Relação das ações ofertadas na Unidade de Saúde de Volta Grande (USVG-SF). ....	106
Quadro 5 - Cronograma de atividades semanais da USVG-SF. ....	145

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - População do assentamento Butiá dividida em faixas etárias. ....	69
Tabela 2 - Principais produtos e atividades desenvolvidos no assentamento. ....	72
Tabela 3 – Número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento em Dezembro de 2007. ....	93

Tabela 4 - Investimento em saúde em Rio Negrinho, entre 2004 e 2007. ....	96
Tabela 5 - Repasse Financeiro Federal e Estadual para desenvolvimento de ações de Atenção Básica em Saúde por Equipes de Saúde da Família (SF) e de Saúde Bucal (SB), em Fevereiro de 2010. ....	147



## SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO .....	21
1.1 Objetivos.....	27
1.1.1 Objetivo geral .....	27
1.1.2 Objetivos específicos .....	27
2 REFERENCIAL TEÓRICO .....	29
2.1 O conceito de saúde: um olhar sobre o processo saúde- doença.....	29
2.2 A construção do direito à saúde no Brasil e as políticas de saúde para o campo.....	37
2.2.1 Caminhos do direito à saúde no Brasil .....	38
2.2.2 As políticas de saúde para o campo e a participação dos movimentos sociais .....	40
2.3. O Sistema Único de Saúde.....	44
2.3.1 Palavras iniciais em defesa do SUS .....	44
2.3.2. Princípios Guias e Organização .....	45
2.3.3. A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família.....	51
2.4. A saúde no campo e a realidade dos Sem Terra .....	55
3. PERCURSO METODOLÓGICO .....	61
3.1 Bases teóricas e tipo de estudo .....	61
3.2 Conhecendo o campo da pesquisa e delineando o objeto de estudo.....	63
3.2.1 O Município de Rio Negrinho .....	64
3.2.2 O Assentamento Butiá .....	67
3.3 O trabalho de campo: o processo de levantamento e registro dos dados.....	73
3.4 A análise dos dados .....	79
3.5 Cuidados Éticos .....	88

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	89
4.1 O SUS no Município de Rio Negrinho e no Distrito de Volta Grande .....	90
4.1.1 O SUS em Rio Negrinho .....	90
4.1.2 A Unidade de Saúde de Volta Grande (USVG- SF).....	102
4.2. O processo saúde-doença entre os assentados de Butiá.....	108
4.2.1 Problemas de saúde entre os assentados de Butiá.....	108
4.2.2 Percepções dos assentados.....	111
4.2.3 Percepções de gestores e profissionais de saúde .....	118
4.3. A Assistência à Saúde dos assentados de Butiá.....	125
4.3.1 Percepção dos assentados .....	125
4.3.2 Percepções de gestores e profissionais de saúde .....	136
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	157
6. REFERÊNCIAS .....	164
APÊNDICES .....	174

## LISTA DE SIGLAS

AIDS .....	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ANVISA .....	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CNDSS.....	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais de Saúde
CONASEMS.....	Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
CONASS.....	Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde
CONTAG.....	Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura
CPT .....	Comissão Pastoral da Terra
CUT .....	Confederação Única dos Trabalhadores
DST .....	Doenças Sexualmente Transmissíveis
DSS .....	Determinantes Sociais da Saúde
ESF .....	Estratégia Saúde da Família
FAO .....	Food and Agriculture Organization of the United Nations
FIOCRUZ .....	Fundação Oswaldo Cruz
FUNASA .....	Fundação Nacional de Saúde
FUNRURAL.....	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
FSESP .....	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública
IBGE .....	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS.....	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS.....	Instituto Nacional de Previdência Social
INCRA .....	Instituto Nacional da Colonização e Reforma Agrária
IPEA.....	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MS .....	Ministério da Saúde
MST .....	Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
NEAD .....	Núcleo de Estudos Agrários e Desenvolvimento Rural
OPAS .....	Organização Pan-americana da Saúde
PAB .....	Piso de Atenção Básica
PABA.....	Piso de Atenção Básica Ampliado
PNAD.....	Pesquisa Nacional por Amostras Domiciliares
PDA .....	Planejamento do Desenvolvimento do Assentamento
PIASS.....	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento
PSF.....	Programa Saúde da Família
SF .....	Saúde da Família
SUS .....	Sistema Único de Saúde
SUCAM .....	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
UnB.....	Universidade de Brasília
USFVG-SF.....	Unidade de Saúde Volta Grande – Saúde da Família



## 1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa se refere à realidade da saúde da população do campo<sup>1</sup>, enfocando, especialmente, o contingente organizado pelo Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). A produção científica no Brasil ainda é insuficiente para explicar as complexas relações existentes entre as condições de saúde desses grupos e seus determinantes, como afirmam diversos autores (BERGAMASCO, 1997; PINHEIRO *et al.*, 2002; RIBEIRO, 2007; CARNEIRO, 2007; CAMPONOGARA *et al.*, 2008; SCOPINHO, 2010).

Um dos estudos de maior abrangência sobre a situação de saúde dos Sem Terra<sup>2</sup> foi uma pesquisa realizada, em 2001, pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB), em parceria com o Coletivo Nacional de Saúde do MST (UnB, 2001). Trata-se de um inquérito de morbi-mortalidade realizado em amostra representativa do contingente nacional de famílias em assentamentos e acampamentos ligados ao MST.

O diagnóstico desta pesquisa apontou para a necessidade urgente de discussões sobre os problemas de saúde enfrentados pelas populações assentadas e acampadas, principalmente quanto ao que se refere ao atendimento de suas demandas pelos órgãos oficiais de saúde, visto que a assistência formal de saúde, representada pela oferta de serviços de saúde, seja por via governamental ou não, não atinge 32,6% dos acampamentos e 23,7% dos assentamentos do Brasil. Somente 56,8% dos assentamentos e 45,7% dos acampamentos possuem postos de saúde próximos às suas áreas, ao passo que entre esses postos, apenas 30,9% e 29,3% respectivamente, estão em funcionamento (UnB, 2001)

Carneiro (2007) relaciona as precárias condições de saúde das populações do campo à injusta estrutura fundiária brasileira, caracteri-

---

<sup>1</sup> De acordo com o II Plano Nacional de Reforma Agrária (IIPNRA/2003), o conceito de população do campo abrange os segmentos populacionais de agricultores familiares, trabalhadores rurais assalariados e aqueles em regime de trabalho temporário, os trabalhadores rurais que não tem acesso à terra, famílias de trabalhadores rurais de assentamentos e acampamentos rurais, populações que residem em comunidades remanescentes de quilombos, em reservas extrativistas, vilas, povoados, população ribeirinha, populações atingidas por barragens, comunidades tradicionais e trabalhadores que moram na periferia das cidades e que trabalham no campo

<sup>2</sup> O termo Sem Terra adotado nesse estudo refere-se ao contingente de famílias organizado pelo MST - assentados e acampados - que se identificam como sujeitos Sem Terra, por considerarem-se membros de um grupo que luta pela conquista dos seus direitos, não sendo simplesmente sujeitos despojados de terra – sem terra (LUTAR, 2000); da mesma forma, pressupõe-se que os termos Sem Terra, camponeses, agricultores, trabalhadores, assentados, acampados etc. contemplam a sua flexão de gênero.

zada, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (Economia - IBGE, 1996), por 2,4 milhões de pequenos proprietários com menos de 10 há, que representam 50% do total de propriedades no País, aos quais corresponde apenas 2% de todas as terras. No pólo oposto, uma minoria de grandes proprietários de terras (49 mil latifundiários com terras maiores que 1000 ha), os quais representam apenas 1% do total de propriedades, detêm 45% de todas as terras agriculturáveis do Brasil. (CARNEIRO, 2007, p.15)

Mais recentemente, os resultados do Censo Agropecuário 2006 mostraram que essa estrutura agrária brasileira, caracterizada pela concentração de terras em grandes propriedades rurais, não se alterou nos últimos vinte anos. A manutenção da desigualdade na distribuição de terras se expressa na comparação das informações nos três últimos censos agropecuários: na comparação entre 1985, 1995 e 2006, as propriedades com menos de 10 hectares ocupavam, apenas, 2,7% (7,8 milhões de hectares) da área total dos estabelecimentos rurais, enquanto os estabelecimentos com mais de 1.000 hectares (1,42%) concentravam mais de 43,48% (146,6 milhões de hectares) da área total em ambos os três censos agropecuários (Economia - IBGE, 2006).

O Brasil rural tem sido, historicamente, espaço onde se exteriorizam as piores mazelas sociais, onde as condições de trabalho, vida e saúde sempre foram e continuam sendo altamente precárias e contraditórias. Tal situação pode ser constatada através da análise dos dados do Censo de 2000, que traz dados representativos das condições de saúde de cinco milhões de famílias rurais que viviam com menos de dois salários mínimos mensais, sobrevivendo com grandes restrições ao acesso a bens e serviços indispensáveis a vida, apresentando maiores índices de mortalidade infantil, de analfabetismo, de insalubridade e de incidência de endemias (BRASIL, 2004; CARNEIRO, 2007; SCOPINHO, 2010).

A persistência dessa situação pode ser evidenciada pelos dados do Censo Agropecuário 2006, que revela o baixo nível de escolaridade das populações do campo: a grande maioria é analfabeta ou sabe ler e escrever, mas não tem nenhum estudo (39%), ou tem ensino fundamental incompleto (43%), totalizando mais de 80% dos produtores rurais no País (Economia - IBGE, 2006). Esses dados sobre educação evidenciam que essas populações continuam menos favorecidas que as urbanas, em muitos indicadores sociais: pelos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD, 2008), em 75% dos domicílios, onde viviam aproximadamente 80% de toda a população residente em áreas rurais, a renda domiciliar *per capita* média era inferior ou igual a um salário mínimo, segundo o valor vigente em 2008. Na área urbana, essa faixa de

renda abrangia 46,35% dos domicílios.

Essa persistência histórica da concentração fundiária demonstra *“o desprezo do grande capital para com o camponês e é representada pelo número reduzido de proprietários, concentrando imensa área de um lado e, de outro, um grande número de pequenos proprietários com terras insuficientes para o sustento de suas famílias, além de milhões de famílias sem terra em todo o País”* (MORISSAWA, 2001).

Para Coelho *et al* (2005), em resposta às profundas transformações econômicas e intensificação na expropriação dos pequenos agricultores no campo, decorrentes da modernização agrícola dos anos do *“milagre econômico”*, na década de 1970, foi que se fundaram grande parte dos movimentos sociais do campo, incluindo o MST. Conforme resgata Carneiro (2007):

Frente ao contexto de desigualdades, essas populações vêm buscando várias formas de organização política por meio de movimentos como as Ligas Camponesas<sup>3</sup>, na década de 1950, ou mesmo criando associações, sindicatos e entidades, como a Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura - CONTAG. Em fins da década de 1970, o processo de abertura democrática, o fracasso de vários programas de desenvolvimento regional como o de colonização da Amazônia, o desemprego nas cidades e a conscientização de camponeses por meio da Comissão Pastoral da Terra (CPT) propiciaram a mobilização de agricultores não-proprietários em vários Estados para se organizarem e lutarem por terra. O MST foi fruto dessa conjuntura e representou a fundação e a organização de um movimento de camponeses de âmbito nacional de luta por Reforma Agrária. Até 2004, o MST já atuava em 23 Estados, envolvendo mais de 1,5 milhões de pessoas. (CARNEIRO, 2007, p.15)

Assim, o MST se constituiu em um movimento social que vem conquistando sua legitimidade, exercendo fortes influências no cenário das decisões políticas, em todas as esferas de poder. Suas lutas e manifestações coletivas o consolidaram como um grupo social organizado, com reconhecimento social, cujos anseios de justiça social têm norteados sua relação com o Estado. O MST possui, hoje, assento nos principais espaços de decisão e controle social do Setor Saúde, que são os Conse-

---

<sup>3</sup> As Ligas Camponesas constituíram um movimento que agregou grandes massas rurais e urbanas, com repercussão nacional e internacional, desempenhando um importante papel na criação de uma consciência nacional em favor da reforma agrária (IANNI, 2005).

lhos Municipais e Estaduais de Saúde, criados a partir do novo modelo de Atenção à Saúde, preconizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal de 1988 e Lei Orgânica de Saúde nº 8.080/90. (CAVALCANTE, 2008; SCOPINHO, 2010).

Desta forma, a escolha do MST para este estudo se deve a seu papel estratégico na sociedade brasileira, também destacado no relatório final da 12ª Conferência Nacional de Saúde (2003). Considerado um dos atores a serem articulados para a implantação de uma política de Reforma Agrária que fixe o trabalhador rural na terra, esse movimento, a partir de sua experiência e organização, pode contribuir para a construção de políticas públicas que visem superar as iniquidades<sup>4</sup> encontradas nas condições de saúde das populações do campo, pois, no interior deste movimento, não se constrói somente um processo de luta pela terra, mas principalmente, uma vida social coletiva, formada por seres humanos de cultura camponesa, com experiências, valores, princípios e visão de mundo próprios, carregados de significados, tendo, portanto, uma visão dos seus processos de saúde-doença bem particular (VENDRAMINI, 2005; CARNEIRO, 2007).

Adentrar uma realidade peculiar, muitas vezes discriminada e marginalizada, como a de um assentamento do MST, remete a um modo de ver a vida, de pensar e de cuidar desconhecido e particular, por excelência. As condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e segmentos pensam, sentem e agem a respeito da realidade (BUSS, 2007). Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais próprios da sua realidade e os significados que cada grupo atribui a esses aspectos (MINAYO, 2008).

Para o MST, o conceito de saúde não se restringe ao acesso a remédios ou a postos de saúde. A saúde não é sinônima de ausência de doença, pois também envolve o meio ambiente, a higiene, a limpeza, as relações de produção e o bem-estar de todos. Assim, a saúde é também *“como se vive, se mora, se alimenta e se trabalha – ter saúde é poder viver em uma sociedade em que haja justiça e igualdade. Deste modo, a saúde inicia-se no núcleo familiar, estendendo-se para a comunidade”* (LUTAR, 2000). A luta pela saúde se faz necessária no intuito de acabar

---

<sup>4</sup> Segundo a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS, 2008), as *desigualdades em saúde* são diferenças sistemáticas na situação de saúde de grupos populacionais, enquanto que as *iniquidades em saúde* são as desigualdades evitáveis, injustas e desnecessárias (Whitehead, 1992).



com as “*doenças sociais*”, como a desigualdade, a miséria, o desemprego, e de construir uma sociedade sadia em que todos tenham seus direitos respeitados, participando das decisões políticas com liberdade e construindo uma cultura de saúde.

Nesta perspectiva, surgiu o problema que norteou nossa pesquisa, que é uma tentativa de compreender como se dão as relações dos Sem Terra com os seus processos de saúde-doença, ou seja, como eles vivenciam tais processos, percebem e enfrentam suas dificuldades e como se relacionam com o Sistema Público de Saúde, constituído, em nosso País, pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Era uma busca de compreensão desses processos vivenciados pelos Sem Terra em relação à saúde e de como sua experiência específica poderia contribuir para a superação das contradições existentes na realidade da saúde no meio rural. Procuramos responder a essa questão a partir do estudo de um caso específico: o caso do assentamento Butiá, localizado no entorno do município de Rio Negrinho, na região norte de Santa Catarina.

A escolha deste assentamento como campo da pesquisa deveu-se ao fato de que, naquela região, participamos de um Projeto de Extensão: “*Produção e industrialização de plantas medicinais: resgate cultural e viabilidade técnica, econômica e comercial nas áreas de assentamentos de reforma agrária do norte de Santa Catarina*”, aprovado em 2007 pelo edital Universal do CNPq, com vigência até o fim de 2009.

Tal projeto contou com a participação de dois grupos de pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC): LECERA, Laboratório de Educação do Campo e Estudos da Reforma Agrária, vinculado ao Centro de Ciências Agrárias (CCA/UFSC), e NEPEPS, Núcleo de Extensão e Pesquisa em Enfermagem e Promoção da Saúde, vinculado ao Centro de Ciências da Saúde (CCS/UFSC).

A região norte de Santa Catarina é caracterizada por apresentar um dos menores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH) do Estado e possui um contingente de 704 famílias assentadas pelo processo de Reforma Agrária, segundo dados do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária (INCRA), havendo ainda 400 famílias acampadas à espera da regularização do processo de Reforma Agrária nas áreas ocupadas (INCRA, 2007). Selecionamos o assentamento Butiá, a fim de dar um recorte mais específico ao objeto de estudo, visto que, segundo o Relatório Final de um estudo realizado pelo INCRA (2007), envolvendo 35 assentamentos em Santa Catarina, a maioria dos assentamentos rurais do Estado não se diferencia entre si quanto aos problemas enfrentados. Além de todos os velhos problemas advindos da cadeia produtiva nacio-

nal, existem novas questões que são conflitantes com a forma com que os agricultores lidam com a terra e dela tiram seu sustento, tais como os problemas ambientais e a expansão do agronegócio.

Neste relatório, verificou-se que os principais problemas de saúde encontrados nesse assentamento foram aqueles comumente associados à atividade agrícola, como problemas de coluna, intoxicações por agrotóxicos, hipertensão arterial e depressão. Quanto à assistência formal à saúde, constatou-se que o assentamento não possuía Posto de Saúde próprio e nem recebia assistência dos Agentes Comunitários de Saúde municipais (INCRA, 2007). O acesso ao Sistema de Saúde era viabilizado pela Unidade de Saúde localizada no Distrito de Volta Grande (USVG-SF), a 22 km do assentamento, através de transporte particular ou transporte público.

Tal relatório, porém, deixava uma grande lacuna quanto às dificuldades enfrentadas por essas pessoas em seus processos de saúde e doença, e também quanto aos motivos que perpetuam essa evidente contradição entre o que é preconizado pelo SUS e o que é vivenciado pelas pessoas, na base do sistema, principalmente, na realidade do campo. A nosso ver, se quisermos garantir a efetivação do direito à saúde para as populações do campo, em especial no contexto dos Sem Terra, devemos, primeiramente, enxergá-los em sua realidade, dar-lhes voz quanto aos seus problemas e escutá-los quanto aos seus anseios, para, assim, sermos capazes de construir políticas de saúde mais justas e eficazes.

## **1.1 OBJETIVOS**

### **1.1.1 Objetivo geral**

Analisar a realidade da saúde de famílias de trabalhadores rurais vinculados ao MST e sua relação com o Sistema Público de Saúde (SUS).

### **1.1.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar o SUS no município de Rio Negrinho, enfocando a dinâmica da Unidade de Saúde de Volta Grande (USVG-SF);
- Analisar os problemas vivenciados por famílias do assentamento Butiá, em seu processo de saúde-doença;
- Identificar percepções de assentados do assentamento Butiá, assim como de gestores e profissionais de saúde do município de Rio Negrinho, acerca do processo de saúde-doença e de sua relação com o SUS.



## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 O CONCEITO DE SAÚDE: UM OLHAR SOBRE O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA

*“La salud es la libertad de darle al cuerpo de comer cuando tiene hambre, de hacerlo dormir cuando tiene sueño, de darle azúcar cuando baja la glicemia. No es anormal estar cansado o con sueño, no es anormal tener una gripe (...). Puede que sea normal tener algunas enfermedades. Lo que no es normal es no poder cuidar de esa enfermedad, no poder ir a la cama y dejarse llevar por la enfermedad, no poder dejar que las cosas sean hechas por otros por algún tiempo, no poder parar de trabajar durante la gripe y después poder volver”* (DEJOURS, 1986, p. 11, apud CAPONI, 1997).

Iniciamos nossa reflexão acerca dos sentidos de saúde-doença transcrevendo em epígrafe essa concepção de saúde formulada por Dejours (1986), a qual extraímos das análises feitas por Sandra Caponi em seu ensaio sobre *“Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico Del concepto de salud”* (CAPONI, 1997), o qual será a base dessa reflexão. A nosso ver, essa concepção de Dejours reflete a complexidade de fatores que se relacionam com a saúde e ilustra uma das inúmeras formas de compreendê-la.

O saber teórico e prático sobre saúde e doença faz parte de um universo dinâmico recheado de interesses históricos e de inter-relações mediadas por institucionalizações, organizações, lógicas de prestação de serviços e participação dos cidadãos (MINAYO, 2008).

De tal forma, como bem pondera Caponi (1997),

Na medida em que todos compartilhamos destes acontecimentos próprios da condição humana, que incluem a dor e o sofrimento, e na medida em que todos vivenciamos esse fenômeno ao qual denominamos saúde, parece que nos deparamos com uma destas questões em que necessariamente estamos todos envolvidos, em que necessariamente nos colocamos a nós mesmos em questão (CAPONI, 1997, p.288).

Scliar (2007) realizou uma análise histórica das conceituações de saúde e doença, relacionando-as ao contexto em que se inseriam, evidenciando a evolução das idéias nessa área da experiência humana. Para

esse autor, os diferentes conceitos de saúde sempre refletiram a conjuntura social, econômica, política e cultural em que as pessoas estavam inseridas. A saúde não representa a mesma coisa para todas as pessoas. Dependerá da época, do lugar, da classe social. Dependerá de valores individuais, de concepções científicas, religiosas, filosóficas. O mesmo, aliás, pode ser dito das doenças: *“real, ou imaginária, a doença é um antigo acompanhante da espécie humana”* (SCLIAR, 2007, p.30).

Não é de se admirar que desde muito cedo a humanidade se tenha empenhado em enfrentar essa ameaça, e de várias formas, baseadas em diferentes entendimentos do que vem a ser doença ou saúde. Assim, dentro das mais diversas tradições e culturas, ao longo da história humana, foram forjadas as mais variadas concepções e práticas sobre saúde e doença (SCLIAR, 2007).

Do ponto de vista epistemológico, a dificuldade de conceituar saúde é reconhecida desde a Grécia antiga (CANGUILHEM, 1990 *apud* COELHO e ALMEIDA, 2002, p.316). A medicina grega representou uma importante inflexão na maneira de encarar a doença, e na construção da visão médica ocidental, hoje hegemônica. Com Hipócrates de Cós (460-377 a.C.), *“o pai da Medicina”*, iniciou-se um processo de racionalização da medicina, em detrimento das visões mágico-religiosas que lhe precederam. Iniciou-se um processo de cientificação da medicina, e, em consequência, as concepções e práticas sobre saúde e doença tornaram-se objeto da medicina científica (SCLIAR, 2007).

Coelho e Almeida (2002) investigaram o conceito de saúde em alguns discursos de referência científica, como a Sociologia Funcionalista, a Antropologia e a Epistemologia, a partir de autores representativos desses discursos, focalizando suas relações com a noção de doença e com a prática clínica. Nesta pesquisa, verificaram que estudos conceituais no campo da saúde têm enfocado quase que exclusivamente os conceitos de doença, patologia e seus correlatos, ou seja, tendem a abordar a questão a partir de um conceito negativo de saúde, seu par antagônico - a doença. Tais autores identificaram uma carência de estudos sobre o conceito de saúde propriamente definido nesses discursos científicos, o que parece indicar uma dificuldade do paradigma científico dominante em abordar o conceito de saúde positivamente.

Uma das linhas mais estruturadas de crítica ao modelo biomédico<sup>5</sup>, em geral, centra seu foco nas distorções induzidas pela centralidade

---

<sup>5</sup> *Biomedicina* é o termo usualmente empregado para designar a *“racionalidade médica”* da Medicina Ocidental Contemporânea, hoje hegemônica em nossa sociedade. Vincula-se a um *“imaginário científico”* correspondente à racionalidade da mecânica clássica, tendo-se

da categoria *doença* neste modelo. Para Camargo Jr.:

Isto levaria a uma série de consequências indesejáveis, em particular a redução da concepção de saúde à mera ausência de doenças, o que traria como corolário a ênfase excessiva na tecnologia “*dura*” na produção de diagnósticos, à redução da terapêutica à prescrição medicamentosa e a ênfase numa perspectiva dita curativa ou, no máximo, contemplando a prevenção das ditas doenças, mas sempre excluindo de seu horizonte de preocupações a dinâmica social e subjetiva que dá de fato sentido à existência humana. (CAMARGO JR, 2007, p.64)

A indefinição conceitual da categoria *doença* é apontada por diversos autores, dentre os quais se destaca Canguilhem, que descreve “*a dupla tautologia da doença como ausência de saúde e saúde como ausência de doença*” (CANGUILHEM, 1966, *apud* CAMARGO JR., 2007, p.64). Isto não significa dizer que não há uma concepção de doença na racionalidade biomédica; esta é, contudo, uma vaga noção implícita no discurso biomédico, especificada numa coleção de doenças tal como a CID<sup>6</sup>, caracterizando o eixo teórico da biomedicina como uma “*teoria das doenças*” (p.65). O fato de essa noção ser implícita dificulta seu exame crítico e faz com que esta concepção, inculcada por práticas específicas de socialização, se torne um retrato “*natural*” das enfermidades. (CAMARGO JR., 2007, p.65)

De tal maneira, nem mesmo no discurso científico, saúde e doença são conceitos definitivos. Não há um consenso estabelecido. Ambos referem-se à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida. São conceitos que dependem do lugar em que se vive, do momento histórico, dos contextos e das tensões em que cada um está inse-

---

originado a partir dos conhecimentos provenientes da anátomo-clínica, sendo caracterizada como uma medicina do “*corpo, das lesões e das doenças*”. Essa “*doutrina médica*” trás implícita a idéia de que as doenças são “*objetos com existência autônoma*”, traduzíveis pela ocorrência de lesões que seriam, por sua vez, decorrência de uma cadeia de eventos desencadeados a partir de uma causa ou de causas múltiplas, sendo que seus mecanismos diagnósticos e terapêuticos são direcionados à identificação e eliminação destas causas. A própria *definição de saúde*, apesar de esforços em contrário, é assumida como a “*ausência de doenças*” (CAMARGO JR, 2005).

<sup>6</sup> A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sócias e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única à qual corresponde um código, que contém até 6 caracteres. Tais categorias podem incluir um conjunto de doenças semelhantes.

rido, assim como dos interesses de quem os formula (COELHO; ALMEIDA, 2002).

Problematizar essas conceituações correntes acerca da saúde e doença torna-se importante pelo fato de que a aceitação de determinado conceito implica muito mais que um enunciado, implica no direcionamento de certas intervenções efetivas sobre o corpo e a vida das pessoas, implica na definição deste espaço onde se “*exerce o controle administrativo da saúde dos indivíduos*” (CAPONI, 1997, p.291).

A importância em se problematizar tais conceituações pode ser exemplificada pelo fato de que os gestores e os profissionais do campo da Saúde, de maneira geral, desenvolvem suas práticas a partir de competências e habilidades adquiridas por meio de um processo de formação que tem por base o acúmulo e o desenvolvimento de conhecimentos e de tecnologias que, por sua vez, são orientados pelos princípios de racionalidade científica que geralmente lhes confere o estatuto de “*verdade*”. Como o desenvolvimento do conhecimento humano é um processo histórico, também em relação à saúde-doença, a teoria e a prática que orientam o saber-fazer dos profissionais variam no tempo e no espaço (COELHO; ALMEIDA, 2002; MINAYO, 2008).

Não pretendemos realizar uma análise exaustiva acerca dos diversos conceitos de saúde formulados dentro dos mais variados processos históricos e correntes ideológicas, pois entendemos que a saúde é um processo vivenciado subjetivamente pelas pessoas de formas distintas, e que não cabe aqui neste trabalho estabelecer um conceito definitivo de saúde ou de doença, mas, sim, realizar uma discussão acerca dos conceitos de saúde com os quais a área da Saúde Pública<sup>7</sup> trabalha, que dão base às ações e práticas de saúde no Brasil. Tais conceituações estão sintetizadas na *carta de princípios de 7 de abril de 1948*, dada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), e em uma *definição ampliada* de saúde, enunciada pela 8ª Conferência Nacional de Saúde do Brasil, em 1986, institucionalizada na Constituição Federal de 1988.

Assim, pela definição enunciada pela OMS, “*Saúde é o estado do*

---

<sup>7</sup> As dificuldades teóricas do campo da saúde podem ser exemplificadas pelas limitações de conceitos como “*Saúde Pública*” ou “*Saúde Coletiva*”. O primeiro consagra uma “*dimensão histórica de intervenção do Estado na área social*”, de forma mais ampla e complexa do que a definida pelas diretrizes sanitárias. O segundo termo também é ambíguo e inespecífico. Donnangelo (1983) e Merhy (1985) detectam a imprecisão do adjetivo *coletivo* para conceituar um campo da saúde, por causa da ampla conotação que comporta e pela relação de exterioridade que estabelece ante o objeto. Essa ambigüidade se torna muito presente em Teixeira (1985) quando a autora considera “*Saúde Coletiva*” como um conceito operacional para se analisar corpos sociais, reduzindo as dimensões teóricas e históricas desta noção bastante imprecisa a uma ferramenta de pesquisa (MINAYO, 2008, p.29).



*mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade*". Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo. Saúde deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (SCLIAR, 2007).

Como nos aponta Caponi, esta definição é freqüentemente objeto de críticas:

Diz-se, por exemplo, que é um conceito utópico, porque esse estado é inalcançável. Por outro lado, é impossível “medir” o nível de saúde de uma população a partir deste conceito, porque as pessoas não permanecem constantemente em estado de bem-estar. Afirma-se que se trata de uma definição carente de objetividade porque está fundada em um conceito subjetivo que é o conceito de bem-estar (CAPONI, 1997, p.298).

Tal autora denuncia ainda, que este conceito, mais que impraticável, por ser utópico e subjetivo, pode resultar politicamente conveniente para legitimar estratégias de controle e de exclusão quanto ao que consideramos indesejável ou perigoso. Assim,

No momento em que se afirma que o “*bem-estar*” é um valor (físico, psíquico e social) se está reconhecendo como pertencente ao âmbito da saúde tudo aquilo que, em uma sociedade e em um momento histórico preciso, qualificamos de modo positivo (aquilo que produz ou o que deveria produzir uma sensação de bem-estar): o trabalho, a convivência social, a vida familiar, o controle dos excessos etc. (CAPONI, 1997, p.299).

E ao fazê-lo, desqualificar-se-á, inevitavelmente, como um “*desvalor*”, como seu reverso patológico e doentio, tudo aquilo que se apresenta como perigoso, indesejado ou que simplesmente se considera como um mal (CAPONI, 1997), dando poderes ao Estado de intervir indiscriminadamente na vida dos cidadãos, “*sob o pretexto de promover a saúde*” (SCLIAR, 2007, p.37).

Talvez, por causa disso, nossa Constituição Federal de 1988, no artigo 196, tenha evitado discutir o conceito de saúde, mas diz que: “*A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação*”. E, ainda, segundo expresso na Lei 8.080 (BRASIL, 1990), que regulamentou o Sistema Único de Saú-

de (SUS), a “saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 2004). Tal conceito possui o mérito de haver conseguido direcionar a atenção para a estreita conexão existente entre a saúde dos sujeitos e a sociedade de que formam parte (CAPONI, 1997). Foi o reconhecimento oficial das íntimas relações existentes entre a saúde e seus determinantes sociais (BUSS, 2007).

Caponi (1997), ao considerar a crítica de Nascimento (1992), acredita ser importante questionar também este conceito, na medida em que ele reproduz alguns dos mesmos erros referidos na definição da OMS. Assim, a conceituação da 8ª Conferência, incorporada na Lei 8.080, acaba situando a saúde e a doença como fenômenos superestruturais, que reproduzem, como uma resultante ou como um reflexo, uma única dimensão considerada como determinante absoluta: a “base socioeconômica” ou infra-estrutura econômica. Assim, aquela que se propõe como a forma mais progressista e inovadora de conceituar a saúde, pode acabar por resultar politicamente pouco operativa ou simplesmente inibidora de ações efetivas. Portanto, “*não é difícil deduzir a partir desta conceituação que só se poderá alcançar a saúde plena pela transformação das formas de organização social de produção, ou seja, instituindo uma nova sociedade*” (NASCIMENTO, 1992, *apud* CAPONI, 1997, p.302). Desta forma, a política de saúde deixa de ter um objetivo próprio e passa a ser “*considerada como uma instância de uma estratégia mais abrangedora: a transformação social*” (p.303).

Em suas análises, essa autora considera que os riscos desta conceituação são vários:

Em primeiro lugar, se perde qualquer referência a uma especificidade biológica ou psíquica da doença, não a toma em conta, sendo excluída qualquer referência a uma dimensão “vital”. O “bios” não é mencionado nem sequer como um elemento a mais entre todos os que ali se explicitam. Em segundo lugar, e como consequência desta omissão, parece ficar excluído da polaridade saúde-doença qualquer situação que não seja resultante de condições sociais precárias, fenômeno que se desmente quando observamos as condições de saúde em países ditos desenvolvidos (CAPONI, 1997, p.303).

Ainda segundo Caponi (1997), existe outro limite da conceitua-

ção dada pela 8ª Conferência, e institucionalizada no SUS, que se vincula com aquele mesmo limite assinalado para falar do conceito da OMS. Refere-se à amplitude e extensão que alcança uma definição tão ampla em que todas as ordens de existência podem ser pensadas em termos de saúde-doença: trabalho, alimentação, tempo livre, lazer, etc. Na medida em que aceitamos tal extensão, *“corremos o risco de que todos os âmbitos da existência possam ser considerados como medicalizáveis”* (idem, ibidem, p.302).

As críticas apresentadas anteriormente, não intencionam negar ou diminuir a importância da determinação social nas condições de saúde e doença dos indivíduos e populações. Tal relação já conquistou certo consenso entre os teóricos da saúde, como afirma Buss (2007). Tanto que em março de 2005, a OMS criou a Comissão sobre os Determinantes Sociais da Saúde (Commission on Social Determinants of Health – CSDH), com o objetivo de promover, em âmbito internacional, uma tomada de consciência sobre a importância dos determinantes sociais na situação de saúde de indivíduos e populações e sobre a necessidade do combate às iniquidades em saúde por eles geradas. Um ano depois, em 13 março de 2006, através de Decreto Presidencial, foi criada no Brasil a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), sendo o Brasil o primeiro país a criar sua própria Comissão (CNDSS, 2008).

Para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) são os *“fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”* (BUSS, 2007, p.78). Em 2008, a CNDSS publicou um relatório, intitulado *“As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil”*, traçando um panorama da situação de saúde no país. Em tal relatório, apresentam o modelo de Dahlgren e Whitehead (1991) que esquematiza os diversos níveis de determinantes sociais da saúde (DSS) e que serviu de base para orientar as atividades dessa Comissão. Tal esquema pode ser consultado na Figura 1 (idem, ibidem).

Nas últimas décadas, tanto na literatura nacional, como internacional, observa-se um extraordinário avanço no estudo das relações entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (BUSS, 2007). Esse avanço é particularmente marcante no estudo das iniquidades em saúde, ou seja, daquelas desigualdades de saúde entre grupos populacionais que, além de sistemáticas e relevantes, são também *“evitáveis, injustas e desnecessárias”* (WHITEHEAD, 1992, *apud* BUSS, 2007, p.80).

**Figura 1** – Modelo de determinação social da saúde proposto por Dahlgren e Whitehead (1991).



Fonte: CNDSS, 2008, p.14.

Como vimos nas reflexões acima apresentadas, saúde e doença importam tanto por seus efeitos no corpo como por suas repercussões no imaginário: ambos são reais em suas conseqüências. Portanto, todas as ações clínicas, técnicas, de tratamento, de prevenção ou de planejamento devem estar atentas aos valores, atitudes e crenças das pessoas a quem a ação se dirige. É preciso entender que, ao ampliar suas bases conceituais incluindo o social e o subjetivo como elementos constitutivos, as ciências da saúde não se tornam menos “científicas”; ao contrário, “*elas se aproximam com maior luminosidade dos contornos reais dos fenômenos que abarcam*” (MINAYO, 2008, p.31).

As dificuldades conceituais do campo da saúde são diversas e reiteramos que não é objeto dessa reflexão encontrar uma definição última para os conceitos de saúde e doença, mas sim problematizar essas diversas conceituações e suas implicações no campo da Saúde Pública. A nosso ver, essa discussão conceitual inicial apresentada é importante para que possamos analisar a questão da saúde como objeto de intervenção política, a saúde na forma em que está institucionalizada em nosso país, e, especificamente, na forma como se concretiza na realidade do campo, cenário de nossa pesquisa. Estamos falando da saúde como “*direito de todos e dever do Estado*”, tal como está garantida em nossa carta máxima.

Como afirma Minayo:

Trazer a discussão da saúde para a arena política e vivencial tem por fundamento a convicção de que ela é um bem social compartilhado. Em consequência, sua manutenção e promoção são de responsabilidade coletiva e individual, embora todos tenham consciência de que, nas sociedades complexas contemporâneas, os direitos são diferentemente distribuídos e apropriados de forma heterogênea e conflituosa (MINAYO, 2008, p.64)

De tal forma, para que possamos compreender o porquê desse distanciamento entre o que está preconizado em nossa constituição, “*a saúde como direito*”, e o que realmente se concretiza na prática, consideramos ser necessário analisar alguns aspectos e momentos importantes da história da intervenção do Estado no campo da Saúde, e do próprio processo de conquista constitucional do direito universal à saúde no Brasil, como pretendemos mostrar no tópico seguinte. Neste segundo momento, construiremos uma visão geral desse processo, para depois analisarmos algumas das políticas de saúde voltadas à realidade do campo, que, como entendemos, é onde se encontram as maiores iniquidades em saúde no Brasil.

## **2.2 A CONSTRUÇÃO DO DIREITO À SAÚDE NO BRASIL E AS POLÍTICAS DE SAÚDE PARA O CAMPO**

*"Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada no campo da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado."* (AROUCA, 2002)

Nesse tópico, apresentaremos uma visão do processo histórico da construção do direito à saúde no Brasil e das políticas de saúde<sup>8</sup> para as

---

<sup>8</sup> Neste estudo, entende-se como *política de saúde* a resposta social (ação ou omissão) do

populações do campo. A abordagem que orienta essa reflexão compreende a participação política como condição e instrumento indispensável à construção dos direitos. Adota-se o termo “*construção*” por não se apreender o direito à saúde “*estritamente como uma garantia constitucional, formalização jurídica em si mesma definida*” (GUIZZARDI; PINHEIRO, 2008, p.110), mas como um processo de luta entre forças e interesses opostos.

Sem a pretensão de se fazer uma análise exaustiva desse processo não linear de construção do direito universal à saúde no Brasil, somente institucionalizado na Constituição de 1988, nem tampouco sobre a evolução de todas as políticas de saúde orientadas às populações do campo, objetiva-se aqui apresentar uma visão desse processo, ainda inacabado, de construção do direito à saúde. Acredita-se que um entendimento deste processo pode ajudar a responder o porquê das contraditórias iniquidades encontradas nas condições de saúde do campo. Processo esse permeado por inúmeras lutas empreendidas por movimentos sociais contra “*forças hegemônicas*” de reprodução do capital, causadoras e mantenedoras das precárias condições de saúde de grandes grupos populacionais em todo o Brasil.

### 2.2.1 Caminhos do direito à saúde no Brasil

O “*projeto moderno*”, idealizado por filósofos desde o século XVI e consolidado na transformação do feudalismo para o capitalismo, à época da Revolução Inglesa no século XVIII, “*desencadeou profundas mudanças na forma de organização da sociedade, o que acarretou em expressivos avanços, especialmente no campo da constituição dos direitos*” (LIMA et al. 2009, p.119).

Nesse cenário de construção de uma nova ordem - a transição para o capitalismo -, “*foi desenvolvida uma consciência histórica de desigualdade sob a qual começara a ser construído o direito civil, o direito do cidadão, embrião dos fundamentos filosóficos dos direitos humanos*”

---

Estado diante das condições de saúde dos indivíduos e das populações e seus determinantes, bem como em relação à produção, distribuição, gestão e regulação de bens e serviços que afetam a saúde humana. Política de saúde abrange questões relativas ao *poder* em saúde (*Politics*), bem como as que se referem ao estabelecimento de *diretrizes, planos e programas* de saúde (*Policy*). Assim, a palavra *política* na língua portuguesa expressa tanto as dimensões do poder quanto as diretrizes. Portanto, *política de saúde* envolve estudos sobre o papel do Estado, a relação Estado-sociedade, as reações às condições de saúde da população e aos seus determinantes, por meio de propostas e prioridades para a ação pública. Inclui ainda estudo de sua relação com políticas econômicas e sociais, controle social, economia da saúde e financiamento (PAIM, 2006).

(idem, *ibidem*).

No Brasil, o direito à saúde praticamente inexistiu nos tempos de colônia e de império. O pajé, com suas ervas e cantos, e os boticários que viajavam pelo Brasil Colônia/Império, eram as únicas formas de assistência à saúde. Para se ter uma idéia, em 1789, havia no Rio de Janeiro, apenas quatro médicos (INDRIUNAS, 2008).

A vinda da família real, em 1808, criou a necessidade da organização de uma estrutura sanitária básica, capaz de dar suporte ao poder que se instalava na cidade do Rio de Janeiro. Até o fim do século XIX, as atividades oficiais de saúde pública estavam limitadas ao estabelecimento de um controle sanitário mínimo na capital do império, tendência que se alongou por quase um século (SCLIAR, 2007; POLIGNANO, 2008):

O direito à saúde foi reconhecido internacionalmente em 1948, quando da aprovação da Declaração Universal dos Direitos Humanos pela Organização das Nações Unidas (ONU). No Brasil, ele foi incorporado como “direito” à assistência em saúde dos trabalhadores com vínculo formal no mercado de trabalho, o que contemplava somente a parcela da população que contribuía para a Previdência Social e privava a maioria da população ao acesso às ações de saúde, restando a elas a assistência prestada por entidades filantrópicas. Nesse contexto, a saúde não era considerada um direito, mas tão somente um benefício da previdência social, como a aposentadoria, o auxílio-doença, a licença-maternidade e outros. (BRASIL, 2007, p.07)

Em concordância com essa mentalidade dominante, as políticas públicas de saúde sempre visaram à manutenção e recuperação da força de trabalho necessárias à reprodução social do capital. O foco era manter uma mão-de-obra sadia e apta ao trabalho (BRASIL, 2007). De tal forma, a saúde nunca ocupou lugar central dentro da política de estado brasileiro, estando sempre à margem dos interesses dos governantes (POLIGNANO, 2008). Ações de cunho assistencialista, curativista e privatista foram sempre privilegiadas em detrimento de políticas de promoção da saúde (BRASIL, 2007).

Tendo em vista o dramático quadro do setor Saúde no Brasil, das precárias condições de saúde a que estava submetida grande parte da população e do crescente fortalecimento do complexo médico-industrial, iniciou-se o movimento da Reforma Sanitária Brasileira, um movimento político iniciado pela articulação entre intelectuais, acadêmicos e profis-

sionais de saúde, em consonância com as aspirações dos movimentos sociais da época. Suas primeiras articulações datam do início da década de 1960, mas foram abortadas pelo golpe militar de 1964. O movimento atingiu sua maturidade nos fins da década de 1970 e princípio dos anos 1980, mantendo-se mobilizado até o presente, contando com a participação de profissionais da saúde, intelectuais, partidos políticos e movimentos sociais diversos (ESCOREL, 1998; BRASIL, 2007)

A luta pela Reforma Sanitária teve como um de seus pontos altos a realização, em 1986, da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde, evento que, pela primeira vez na história do país, permitiu a participação da sociedade civil organizada no processo de construção de um novo ideal para a saúde (idem, ibidem).

A conferência foi norteadada pelo princípio da “*saúde como direito de todos e dever do Estado*”. Suas principais resoluções foram confirmadas pela Constituição Federal, promulgada em 1988. Essa vitória foi fruto de intensa mobilização popular, que resultou na Emenda Popular da Saúde, subscrita por mais de 500 mil cidadãos brasileiros. No texto constitucional, o setor Saúde passou a integrar o Sistema da Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. Instituiu-se o SUS, como um sistema de atenção e cuidados, com base no direito universal à saúde e na integralidade das ações, abrangendo a vigilância, a promoção da saúde e a recuperação de agravos (COHN, 2003).

## **2.2.2 As políticas de saúde para o campo e a participação dos movimentos sociais**

Segundo Carneiro (2007), as políticas de saúde para o campo no Brasil estiveram essencialmente vinculadas aos “*interesses econômicos ligados à garantia de mão-de-obra sadia para a exploração dos recursos naturais*” (p.39). Como exemplo desse processo, esse autor cita o caso da exploração da borracha na Amazônia e de outras políticas implementadas com a finalidade cooptação e apaziguamento dos movimentos sociais do campo – como ocorreu com as Ligas Camponesas e a conseqüente criação do FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural). No Quadro 1, reproduzimos uma síntese elaborada por Carneiro (2007) sobre algumas políticas de saúde direcionadas às populações do campo.

Por essa razão, endemias e epidemias se tornavam alvo de atenção por parte do governo quando ameaçavam o desenvolvimento econômico, tornando-se prioridade, pelo menos no discurso institucional, até serem novamente destinadas a um plano secundário, quando deixa-



Quadro 1 - Cronologia das políticas de saúde para o campo no Brasil (1918 a 2004).

Ano	Iniciativas	Significados
1918	Liga pró saneamento	Campanha pelo saneamento rural, com impacto significativo sobre a sociedade brasileira (Lima, 2005).
1934	Previdência social	Constituição de 1934 – o trabalhador brasileiro passava a ter direito à proteção da previdência social, mas sem a extensão da proteção social aos trabalhadores rurais (Delgado, 2002).
1941	Serviços Nacionais anti-endemias	A preocupação com o controle desses focos estava vinculada com o processo de migração das populações rurais para as cidades e a formação do mercado de trabalho urbano (A Política – FFE 1983).
1942	Fundação Serviços Especiais de Saúde Pública-FSESP	Criado por razões de ordem estratégica, ligadas à produção de borracha na Amazônia, a FSESP passou a atuar prioritariamente naquela região, combatendo a malária e a febre amarela, os maiores flagelos a dizimar a mão-de-obra nos seringais (Scorel, 1998).
1963	Estatuto do Trabalhador Rural	O surgimento das Ligas Camponesas reivindicando a reforma agrária fez com que o Governo João Goulart reagisse a essas pressões, sancionando a lei que ficou conhecida como o Estatuto do Trabalhador Rural (Delgado, 2002).
1967	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural-FUNRURAL	Criado no Estatuto do Trabalhador Rural, somente foi colocado em prática durante o regime militar brasileiro, implantando um modelo de assistência à saúde tipicamente urbano e curativo (Pinto, 1984).
1970	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM	Foi responsável pela execução direta de atividades de erradicação e controle de endemias (Lima et al, 2005).
1976	Progr. Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS	O Ministério da Saúde procurou implementar programas de extensão de cobertura, preocupado basicamente com as áreas rurais e os programas tradicionais (Programa – PIASS 1981); Pinto (1984).
1988	Sistema Único de Saúde - SUS	Implementado a partir da Constituição de 1988 – a saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado. Os serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde (atendimento integral) tornam-se universais (para todos) e equânimes (Lima <i>et al</i> 2005).
2004	Grupo da Terra	Criado no âmbito do Ministério da Saúde para participar da formulação, implantação e acompanhamento da Política de Saúde para a População do Campo (Brasil, 2004c).

Fonte: Carneiro (2007, p.41)

vam de ter importância. De um modo geral “*os problemas de saúde tornam-se foco de atenção quando se apresentam como epidemias e deixam de ter importância quando os mesmos se transformam em endemias*” (POLIGNANO, 2008).

Conforme Carneiro:

Evidenciadas principalmente na década de 1950 e no início de 1960, as ações e campanhas de combate às endemias rurais mobilizaram recursos humanos, financeiros e estiveram associadas aos projetos e ideologias desenvolvimentistas. Entre os argumentos que as legitimavam, estava a recuperação da força de trabalho no campo, a modernização rural, a ocupação territorial e a incorporação de espaços saneados à lógica da produção capitalista (Lima *et al*, 2005). (...) Apesar de a primeira vista paradoxal, o regime militar brasileiro, entre 1964 a 1985, conservador e autoritário, foi o responsável pela expansão, de forma inédita no Brasil, da cobertura previdenciária ao setor rural. (CARNEIRO, 2007, p.39)

Assim, no início da fase de abertura do regime militar, surgiram várias “*políticas públicas racionalizadoras dos recursos e sistematizadoras da participação do Estado na defesa da saúde da população*”, dentre as quais: o Sistema Nacional de Saúde – SNS, o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento – PIASS, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde - Prev-saúde, as Ações Integradas de Saúde – AIS e o Sistema de Assistência Médico-hospitalar da Previdência Social – SAMHPS e o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (NASCIMENTO; ZIONI, 2000). Para Carneiro (2007), esses programas, e em especial o PIASS, foram tecnocráticos e visavam ser de grande impacto, visível para a população e instrumentos de legitimação do regime. Porém, essas propostas racionalizadoras, em seus acertos e erros, foram utilizadas posteriormente pelo Movimento da Reforma Sanitária na luta pela efetivação do direito à saúde e como experiência para a construção posterior do SUS (NASCIMENTO; ZIONI, 2000; CARNEIRO, 2007). De uma certa forma, o “*SUS é o resultado histórico dessas experiências, onde erraram e onde acertaram*” (NASCIMENTO; ZIONI, 2000, p.202).

Em 1986, o coletivo reunido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, definiu o estado de saúde de uma população como o resultado do conjunto das diversas políticas setoriais, e não apenas o resultado das realizações do setor saúde (NASCIMENTO; ZIONI, 2000). A Reforma Agrária foi apontada como indispensável para a concretização das aspi-

rações dos trabalhadores rurais quanto às suas condições de saúde. Essa conferência significou o marco político de construção da Reforma Sanitária Brasileira, fornecendo as bases para as definições da Constituição de 1988 (AROUCA, 2002) e do SUS. O conceito de saúde cunhado na 8ª Conferência foi “saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde” (8ª CNS, 1986). (CARNEIRO, 2007, p.42).

Curiosamente, “*acesso e a posse da terra*” não aparecem no conceito definido posteriormente pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990). A extirpação desse trecho no texto constitucional significou um retrocesso nas conquistas alcançadas na 8ª Conferência, e em especial, na luta pela saúde na realidade do campo, intimamente ligada ao acesso e à posse da terra (SCOPINHO, 2010). Desde então, a Reforma Agrária vem sendo recorrentemente discutida nas instâncias de participação do SUS, principalmente pela pressão dos movimentos sociais do campo, como bem assinala Carneiro:

Na 9ª (1992), 10ª (1996), 11ª (2000), 12ª (2003) e 13ª (2007) Conferências Nacionais de Saúde, a Reforma Agrária foi sempre um dos assuntos tratados e, apesar de não ser priorizada como um eixo temático, as questões de saúde no campo apareceram de forma detalhada em várias propostas. A maioria delas reforçava a garantia dos direitos básicos da cidadania, bem como a implementação de medidas de acesso às ações de saúde para as populações rurais. Outro destaque era o caráter intersetorial bem demarcado, evidenciando as grandes lacunas existentes das políticas sociais (habitação, saneamento, distribuição de renda, meio ambiente, transporte, lazer, esportes, educação e outras) – também necessárias para garantir a saúde da população. Na 12ª Conferência Nacional de Saúde, o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) foi citado diretamente como um dos atores estratégicos para contribuir na construção dessas políticas (CARNEIRO, 2007, p.42).

A relação dos movimentos sociais do campo com o Ministério da Saúde, no final da década de 1990 e início do ano 2000, foi marcada pela negociação de pautas de reivindicações extensas, envolvendo vários programas e áreas técnicas. O Coletivo Nacional de Saúde do MST passou a elaborar pautas anuais específicas para orientar a negociação com o Ministério. As demandas eram respondidas de forma fragmentada

e desintegrada, a partir da junção de informações de múltiplos setores desse órgão. (CARNEIRO, 2007; SCOPINHO, 2010)

A partir de 2003, pela pressão exercida por esses movimentos, o Ministério da Saúde assumiu a necessidade de construção de uma política de saúde que fosse capaz de atender de forma integral às demandas das populações do campo. Esse diálogo estabelecido entre os movimentos sociais do campo e o Estado foi institucionalizado pela criação do Grupo da Terra, por meio da Portaria nº 719, de 14 de abril de 2004, o qual foi criado com a finalidade de conduzir esse processo. A formação desse grupo incluía a participação de várias áreas técnicas do Ministério, da sociedade civil organizada e dos movimentos sociais do campo, dentre os quais: MST, CONTAG, Movimento das Mulheres Camponesas, Comissão Pastoral da Terra, com a agregação posterior dos representantes dos Quilombolas e Seringueiros por meio da Portaria nº 2460, de 12 de dezembro de 2005. (CARNEIRO, 2007; BRASIL, 2008; SCOPINHO, 2010).

O Ministério da Saúde promoveu em dezembro de 2006, em Brasília, o I Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta, sob a coordenação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP). O encontro discutiu a situação de saúde dessas populações e a proposta preliminar da Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta (PNSPCF), a ser adotada no âmbito do SUS.

Participaram deste evento diversas entidades representativas dos movimentos sociais organizados do campo e da floresta. O encontro reafirmou a necessidade de adequação do SUS às peculiaridades do universo dos trabalhadores do campo, dos povos e comunidades tradicionais, inclusive dos povos da floresta. Essa adequação pressupõe a concretização dos princípios gerais do SUS, a universalidade, a integralidade e a equidade, resgatando-se os seus princípios organizativos, a transversalidade, a descentralização, a participação popular e o controle social, a fim de que se garanta o acesso dessas populações às ações integrais de saúde (idem, ibidem).

## **2.3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

### **2.3.1 Palavras iniciais em defesa do SUS**

Em que pesem todas as suas dificuldades, o Sistema Único de Saúde (SUS) constitui hoje a mais importante, abrangente e avançada

política social em curso no Brasil. “*Seu caráter público, universal, igualitário e participativo serve como exemplo para as demais áreas sociais. Sua proposta de reforma do Estado, democrática e popular, aponta para a construção de uma sociedade fundada nos princípios da justiça social*”. Em apenas duas décadas de existência, “*transformou-se no maior projeto público de inclusão social*” do País (SANTOS, 2009).

Um SUS, presente e atuante no cotidiano de todos os brasileiros, apresentando inúmeras experiências de êxito, espalhadas por todo o País, muitas delas consideradas de referência internacional. Das ações de saúde voltadas às populações ribeirinhas da Amazônia ao maior sistema público de transplantes do mundo; das ações no campo da saúde mental, que incluíram a criação de vários centros de atenção psicossocial (CAPS) – com atividades terapêuticas, de lazer e de recuperação –, aos exitosos programas de auto-suficiência em produção de imunobiológicos (MENDES, 1996), insumos, medicamentos e tecnologias de ponta. Um SUS que, apesar dos limites orçamentários e operacionais, vai muito além da atenção à saúde, investindo também na pesquisa e na formação profissional (CONASS, 2009).

Um SUS, que se propõe garantir a todos os cidadãos o que os planos privados geralmente não cobrem, “*das emergências aos procedimentos de alta complexidade, das vacinas à diálise, dos tratamentos de câncer aos transplantes, mostrando que esses planos, seguros e convênios são, eles sim, SUS-dependentes*”. Sem falar das ações que visam garantir a qualidade da água, dos alimentos e medicamentos que consumimos diariamente, das lentes em nossos óculos e das condições em que trabalhamos, esses inúmeros fatores de nossa vida cotidiana que fazem parte de um “*SUS quase invisível*” (idem, ibidem, p.07).

### 2.3.2. Princípios Guias e Organização

O Sistema Único de Saúde (SUS) é, por definição constitucional, formado pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública, organizado em redes hierarquizadas e regionalizadas, atuando em todo o território nacional, com comando único em cada esfera de governo. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que inclui a Saúde, a Previdência e a Assistência Social. Não é, portanto, uma estrutura que atua isoladamente na promoção dos direitos básicos de cidadania (PAIM, 2006; BRASIL, 2007).

O SUS faz parte das ações definidas na Constituição como sendo de “*relevância pública*”, sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

Conforme a Constituição Federal de 1988, o SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III. Participação da comunidade.

Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado, com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes (BRASIL, 2007).

Tais ações e serviços públicos de saúde, e ainda os serviços privados contratados ou conveniados que integram o SUS, são desenvolvidos de acordo com tais diretrizes referidas, obedecendo ainda a princípios organizativos e doutrinários, tais como detalhados pela Lei 8.080 (BRASIL, 1990):

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV - igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V - direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;

VI - divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;

VII - utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;

VIII - participação da comunidade;

IX - descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:

a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;

b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde;

X - integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;

XI - conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;

XII - capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; e

XIII - organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Os princípios do SUS são, então, definidos na Constituição Federal e detalhados nas leis n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, e n.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990, mais conhecidas como Leis Orgânicas da Saúde. Para melhor compreensão, esses princípios podem ser divididos em ético-políticos e organizativos:

Hoje, compreende-se por princípios ético-políticos do SUS: a universalidade do acesso para toda a população; a integralidade da atenção; a equidade, embasada na promoção da igualdade reconhecendo-se as desigualdades que atingem os diferentes grupos e indivíduos; e a participação social da população na gestão do SUS. Dentre seus princípios organizativos estão: a intersetorialidade das diversas instituições do Estado; a descentralização político-administrativa; a hierarquização e desregionalização da atenção à saúde e a transversalidade (BRASIL, 2007)

Pela Constituição brasileira, a saúde é um “*dever do Estado*”, o qual deve ser entendido como Poder Público, e não apenas como o Governo Federal. Abrange, portanto, a União, os Estados, o Distrito Federal e os municípios (idem, ibidem).

Conforme o artigo 9º da Lei n. 8.080/90 (BRASIL, 1990) determina, a direção do SUS deve ser única, de acordo com o inciso I, do artigo 198, da Constituição Federal, sendo exercida, em cada esfera de governo, pelos seguintes órgãos:

I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde;

II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e

III – no âmbito dos municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente.

A partir de setembro de 2000, com a edição da Emenda Constitucional n.º 29<sup>9</sup>, ficou-se estabelecido a co-participação dos entes federati-

---

<sup>9</sup> Um dos principais problemas enfrentados pelo SUS desde o seu advento, em 1988, refere-se à natureza instável do seu processo de financiamento. Desde a curta vigência da norma

vos no financiamento da saúde. Assim, os gastos da União em saúde devam ser iguais aos do ano anterior, corrigidos pela variação nominal do Produto Interno Bruto (PIB). Os estados devem garantir 12% de suas receitas para o financiamento à saúde. Já os municípios precisam aplicar pelo menos 15% de suas receitas (ARRETCHÉ, 2003).

Historicamente, metade dos gastos com saúde é feita pelo governo federal, a outra metade fica por conta dos estados e municípios. A União formula políticas nacionais, mas a implementação é feita por seus parceiros (estados, municípios, ONGs e iniciativa privada). O município é o principal responsável pela saúde pública de sua população. O gestor municipal passa a assumir imediata ou paulatinamente a plenitude da gestão das ações e serviços de saúde oferecidos em seu território, de acordo com a capacidade do município. Quando o município não possui todos os serviços de saúde, ele pactua (negocia e acerta) com as demais cidades de sua região a forma de atendimento integral à saúde de sua população. O governo estadual implementa políticas nacionais e estaduais, além de organizar o atendimento à saúde em seu território (idem, *ibidem*).

A porta de entrada do sistema de saúde deve ser preferencialmente a Atenção Básica (Postos de Saúde, Centros de Saúde, Unidades de Saúde da Família, etc.). A partir desse primeiro atendimento, o cidadão será encaminhado para os outros serviços de maior complexidade (hospitais e clínicas especializadas). O sistema público de saúde funciona de forma referenciada. Isso ocorre quando o gestor local do SUS, não dispondo do serviço de que o usuário necessita, encaminha-o para outra localidade que oferece o serviço. Esse encaminhamento e a referência de atenção à saúde são pactuados entre os municípios. As ações ditas de Média Complexidade têm o objetivo de atender aos principais agravos de saúde da população, com procedimentos e atendimentos especializados. São serviços como consultas hospitalares e ambulatoriais, exames e alguns procedimentos cirúrgicos. São constituídas por procedimentos ambulatoriais e hospitalares situados entre a Atenção Básica e a Alta Complexidade. Já os procedimentos de Alta Complexidade, são aqueles que envolvem alta tecnologia e/ou alto custo. São exemplos de procedi-

---

constitucional que previa a alocação de 30% do Orçamento da Seguridade Social para a Saúde, a instabilidade e a insuficiência de recursos caracterizaram o financiamento do setor, inviabilizando o cumprimento da citada norma. A aprovação da *Emenda Constitucional 29 (EC 29)*, de 13 de dezembro de 2000 representou um avanço, pois estabeleceu a base inicial de um processo de financiamento mais estável do SUS. Somente em 2007, a Câmara dos Deputados aprovou a regulamentação da EC 29, sendo, porém, vetada pelo Senado após a queda da CPMF, a qual fazia parte do financiamento da saúde. (ARRETCHÉ, 2003; BRASIL, 2008)



mentos de Alta Complexidade: traumato-ortopedia, cardiologia, terapia renal substitutiva e oncologia. As principais áreas estão organizadas em redes, como as de cirurgias cardíacas e de atenção oncológica (PAIM, 2006; BRASIL, 2007).

Não há hierarquia entre União, estados e municípios, mas há competências para cada um desses três gestores do SUS. No âmbito municipal, as políticas são aprovadas pelo CMS – Conselho Municipal de Saúde; no âmbito estadual, são negociadas e pactuadas pela CIB – Comissão Intergestores Bipartite (composta por representantes das secretarias municipais de saúde e secretarias estaduais de saúde) e deliberadas pelo CES – Conselho Estadual de Saúde (composto por vários segmentos da sociedade: gestores, usuários, profissionais, entidades de classe, etc.); e, por fim, no âmbito federal, as políticas do SUS são negociadas e pactuadas na CIT – Comissão Intergestores Tripartite (composta por representantes do Ministério da Saúde, das secretarias municipais de saúde e das secretarias estaduais de saúde) (idem, ibidem).

Os gestores municipais e estaduais são os responsáveis por avaliar quais instrumentos de atendimento devem possuir (ambulâncias, postos de saúde, hospitais, etc.). Após a análise da potencialidade dos instrumentos que dispõem, traçam um plano regional de serviços. O acerto ou pactuação deverá garantir que o cidadão tenha acesso a todos os tipos de procedimentos de saúde. Na prática, uma pessoa que precisa passar por uma cirurgia, mas o seu município não possui atendimento hospitalar, será encaminhada para um Hospital de Referência em uma cidade vizinha (PAIM, 2006).

Em 2006, passados quase dezessete anos do advento do SUS, na perspectiva de superar evidentes dificuldades de consolidação do sistema, de qualificar os avanços organizativos obtidos com o processo de descentralização do sistema de saúde e de reafirmar os princípios do ideário da Reforma Sanitária Brasileira (universalidade, equidade, integralidade e participação social), os gestores das três esferas do sistema assumiram o compromisso público da construção do Pacto Pela Saúde, editado mediante as Portarias GM/MS n. 399, de 22 de fevereiro, e n. 699, de 30 de março subsequente: a primeira “*divulga o Pacto pela Saúde de 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido pacto*” e a outra “*regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão*” (BRASIL, 2006b).

Tal como foi definido, o Pacto Pela Saúde apresenta três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O Pacto pela Vida contém seis prioridades pactuadas: Saúde do Idoso; Controle do Câncer de Colo do Útero e da Mama; Redução da Mortali-

dade Infantil e Materna; Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária e Influenza; a Promoção da Saúde; e o Fortalecimento da Atenção Básica. Para cada prioridade, foram estabelecidos objetivos e metas nacionais, deixando espaço à pactuação de metas locais, de acordo com as especificidades de cada região ou município (idem, *ibidem*).

No Pacto em Defesa do SUS, foram estipuladas seis linhas de ações: articulação e apoio à mobilização social pela promoção e desenvolvimento da cidadania, tendo a questão da saúde como um direito; elaboração e publicação da Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde; ampliação e fortalecimento das relações com os movimentos sociais, especialmente os que lutam pelos direitos da saúde e pela cidadania; estabelecimento de diálogo com a sociedade além dos limites institucionais do SUS; regulamentação da Emenda Constitucional nº 29, pela melhoria do financiamento da Saúde; e aprovação de um orçamento geral do SUS, composto pelos orçamentos das três esferas de gestão, explicitando o compromisso de cada uma delas em ações e serviços de saúde, de acordo com a Constituição Federal (PAIM, 2006).

Já o Pacto de Gestão, definiu que as atribuições e responsabilidades sanitárias de cada esfera de gestão compõem o seu Termo de Compromisso de Gestão (TCG), devendo ser elaborado de forma pactuada e aprovado pelo respectivo Conselho de Saúde. As atribuições e responsabilidades são definidas mediante o preenchimento de quadros correspondentes a cada um dos seguintes eixos: responsabilidades gerais da gestão do SUS; regionalização; planejamento e programação; regulação, controle, avaliação e auditoria; gestão do trabalho; educação em saúde; e por fim, a participação e controle social (BRASIL, 2007).

Com o Pacto pela Saúde, os estados e municípios poderão receber os recursos federais por meio de cinco blocos de financiamento: 1 – Atenção Básica; 2 – Atenção de Média e Alta Complexidade; 3 – Vigilância em Saúde; 4 – Assistência Farmacêutica; e 5 – Gestão do SUS. Antes do pacto, havia mais de 100 formas de repasses de recursos financeiros, o que trazia grandes dificuldades para sua aplicação, como a demora no repasse, e até mesmo o desvio de verbas do setor. O monitoramento do Pacto Pela Saúde deve ser um processo permanente, orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o respectivo Termo de Compromisso e cronogramas pactuados. (idem, *ibidem*).

### 2.3.3. A Atenção Básica e a Estratégia Saúde da Família

Em 2009, completaram-se trinta e um anos da realização da Conferência de Alma-Ata, realizada no Cazaquistão, antiga União Soviética (OMS/UNICEF, 1979), que contou com a participação de 134 países. Essa Conferência sintetizou as discussões que se estabeleceram em torno das estratégias que deveriam ser adotadas pelos países, a fim de proporcionar um nível de saúde melhor para todos, independentemente das diferentes origens sociais e econômicas, e apresentou propostas amplas de abordagem para a organização e redimensionamento dos recursos disponíveis, por meio dos *cuidados primários de saúde*. Foi também um importante momento que marcou o início de um novo paradigma para a Saúde Coletiva, bem como o estabelecimento de uma nova plataforma política sanitária internacional (PERIAGO, 2007).

Naquela ocasião, os *cuidados primários de saúde* foram definidos como “*métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis, ao alcance de todos*” (OMS/UNICEF, 1979). Esses cuidados expressavam a necessidade urgente de todos os governos e sujeitos sociais envolvidos com o Setor Saúde em promoverem um ambiente com justiça social garantindo acesso à saúde para todas as pessoas (ASSIS *et al.*, 2007).

A meta “*Saúde para todos no ano 2000*” foi proposta nessa Conferência e passou a ser o marco para o redirecionamento dos sistemas de saúde no mundo, para tentar contemplar as necessidades mais complexas dentro do contexto social, político e econômico, reafirmando a saúde como direito humano fundamental. Ratificava-se que a promoção e proteção da saúde dos povos são essenciais para o contínuo desenvolvimento econômico e social e contribuem para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial (OMS/UNICEF, 1979; BRASIL, 2007).

A principal estratégia pactuada para o alcance dessa meta foi o desenvolvimento da *Atenção Primária à Saúde (APS)*, por meio da reorganização dos Sistemas de Saúde, visando atingir os principais objetivos a serem alcançados: promoção e assistência à saúde para toda a população e um consenso de que a APS deveriam constituir-se em um modelo de sistema com capacidade para organização em sua totalidade. A APS, como um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde, foi inicialmente pensada no final do século XIX, em Paris, quando o Professor Pierre Budin idealizou um sistema que contemplava serviços para atender à população infantil, mas que concentrava uma série de ações básicas de saúde (PERIAGO, 2007).

Na literatura, podem ser encontradas muitas definições para APS, entretanto a mais evocada é a apresentada pela Organização Mundial de Saúde:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela é parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui-se no primeiro contato dos indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1978, apud BRASIL, 2007).

A Atenção Primária se diferencia da Secundária e da Terciária por diversos aspectos, entre eles: dedica-se aos problemas mais frequentes (simples ou complexos) que se apresentam, sobretudo em fases iniciais e que são, portanto, menos definidos (febres, dores de cabeça, mal-estar etc.), que geralmente não evoluem para uma patologia mais grave; podem ser trabalhados nas unidades de saúde, nos consultórios comunitários, nas escolas, nos asilos ou nos espaços comunitários; pode atender a grande variedade de problemas de saúde; pressupõe um maior enfoque à prevenção de doenças e maior familiaridade dos profissionais, tanto com as pessoas, quanto com seus problemas (BRASIL, 2007).

Mesmo o Brasil não tendo estado presente na Conferência de Alma-Ata, o referencial proposto inspirou o próprio movimento da Reforma Sanitária Brasileira e algumas experiências na implantação dos serviços municipais de saúde, proporcionando aportes conceituais e práticos para a organização desses serviços (ASSIS *et al.*, 2007).

Para a reconstrução da prática na APS no Brasil, conhecida no país como *Atenção Básica*<sup>10</sup>, foi implantado o Programa dos Agentes Co-

---

<sup>10</sup> No processo histórico brasileiro também são apresentadas diferentes interpretações para a APS. A noção de que “os cuidados primários de saúde, ao assumirem, na primeira metade da década de oitenta, um caráter de programa de medicina simplificada para os pobres de áreas urbanas e rurais, em vez de uma estratégia de reorientação do sistema de serviços de saúde” (PAIM, 2006, p.37), acabou por afastar o tema do centro das discussões à época. Para além da terminologia empregada, estão as próprias concepções e práticas de APS, que ainda hoje variam desde “assistência pobre para pobres”, à “base para qualquer reforma de um sistema

unitários de Saúde (PACS), em 1991, inspirado na experiência exitosa do Programa de Agentes de Saúde do estado do Ceará, que diminuiu drasticamente a mortalidade infantil daquele estado. Na composição da equipe de saúde do PACS, estão inseridos o enfermeiro e Agentes Comunitários de Saúde (ACS). Em 1994, foi implantado o Programa Saúde da Família (PSF), que teve como base a experiência cubana de médico de família, inicialmente no município de Niterói, estado do Rio de Janeiro, apresentando resultados satisfatórios. Posteriormente, foi implantado em 12 municípios, contemplando as cinco regiões do país. A principal missão foi de reorientar o modelo de atenção, colocando a família nas agendas das políticas sociais e vislumbrando a possibilidade de transformação na prática da “*porta de entrada*” da rede de serviços de saúde (idem, *ibidem*).

Segundo Campo, Cherchiglia e Aguiar (apud BRASIL, 2007, p.71), o PSF, ainda que baseado nas idéias de APS, prevenção de doenças e promoção da saúde, aceitas internacionalmente, “*é original e inédito em sua concepção, pois não existe registro de modelos como o brasileiro em outros países do mundo*” (p.71). Ao contrário da Medicina Familiar (modelo vigente em vários países da Europa, no Canadá e na Oceania), o Programa Saúde da Família pressupõe o trabalho multiprofissional e em equipe como ferramenta para a integralidade do cuidado à saúde na atenção primária.

Logo após sua implantação, apareceram os primeiros resultados na redução da mortalidade infantil, no aumento da cobertura de aleitamento materno e na cobertura vacinal, entre outros indicadores de saúde. Foi um início muito difícil, pois as resistências por parte de alguns segmentos eram fortes. Porém aos poucos, os PACS foram transformados em PSFs, esses, por sua vez, foram-se multiplicando, passando das 12 equipes iniciais para 30.782 (trinta mil e setecentos e oitenta e duas) equipes, em 5.268 (cinco mil duzentos e sessenta e oito) municípios brasileiros (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, 2010). Esse crescimento extraordinário foi importante para a consolidação do que passou a ser chamado de Estratégia Saúde da Família (ESF), pois o que antes provocava resistências, atualmente passou a ser praticamente considerado uma unanimidade, pelo menos no discurso de gestores, no âmbito acadêmico e também dos profissionais da área da saúde (PERIAGO,

---

*de saúde*”, ou ainda, “*a chave para alcançar a saúde para todos*”. Entretanto, embora exista um conceito nacional que vem trazendo contribuições para a evolução conceitual e prática da APS mundialmente, identifica-se nos mais de cinco mil municípios brasileiros uma enorme gama de práticas sob a designação de Atenção Básica ou de Saúde da Família (BRASIL, 2007)

2007).

Observa-se, de forma geral, que, principalmente no período de 1998 a 2004, essa expansão na implantação das equipes de Saúde da Família foi mais significativa em todas as regiões do país, embora ainda com uma maior concentração em municípios de menor porte e com menor Índice de Desenvolvimento Humano (ASSIS *et al.*, 2007). Considerando a necessidade de revisar e adequar as normas nacionais e de consolidar essa estratégia como prioritária para reorganização da Atenção Primária do Brasil, o Ministério da Saúde publicou em 2006 a Política Nacional de Atenção Básica, Portaria GM/MS n.648, que se transformou em importante instrumento norteador para a organização do modelo de saúde do país (BRASIL, 2007).

Hoje, uma equipe de Saúde da Família (SF) tem responsabilidade sobre a saúde de uma população composta por 600 a 1000 famílias, não excedendo o total de 4000 pessoas moradoras de uma área geográfica definida. Esta área corresponde ao território de atuação da equipe. A mínima composição da equipe de Saúde da Família requer a presença de um médico generalista, um enfermeiro, 2 auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde em número suficiente para cobrir 100% da população adstrita, respeitando-se o teto máximo de 1 ACS para cada 750 pessoas atendidas e de 12 ACS para equipe da ESF. A esta composição pode somar-se a equipe de Saúde Bucal, composta por um cirurgião-dentista e 1 auxiliar de consultório dentário, podendo ser reforçada pela presença de 1 técnico de higiene dental (*idem, ibidem*).

As equipes de SF são responsáveis pela promoção da saúde, pelo atendimento da demanda espontânea e programada, por atividades de prevenção de doenças, manutenção de saúde e atenção a fases específicas do ciclo de vida (cuidado da criança, cuidado do idoso, saúde da mulher etc.). O processo de trabalho das equipes do SF não pode basear-se simplesmente na atenção à demanda espontânea (modelo assistencial focado na doença), nem tampouco somente em programas de saúde, sendo que a prática da ESF pressupõe o trabalho integral e interdisciplinar da equipe (PAIM, 2006).

Nos últimos anos, acumularam-se evidências de que um Sistema de Saúde baseado na Atenção Primária (APS) alcança melhores resultados à saúde das populações. As evidências provêm de estudos realizados em diversos países, incluindo o Brasil (STARFIELD, 2002; PAIM, 2006; BRASIL, 2007) e apontam quais características da APS podem levar um sistema de saúde a ser mais efetivo, ter menores custos, ser mais satisfatório à população e mais equânime, mesmo diante de adversidades sociais. (CNDSS, 2008) A utilização da Atenção Básica como

porta de entrada ao sistema de saúde brasileiro melhorou muito desde a criação da Estratégia Saúde da Família, seja ampliando o acesso das populações aos serviços, seja disponibilizando uma gama maior de ações de promoção, prevenção e tratamento. A ESF pode representar a contra-tendência à fragmentação do sistema de serviços de saúde, que ainda é característica marcante na maioria dos estados e municípios brasileiros (STARFIELD, 2002).

Porém, muitos desafios precisam ainda ser enfrentados para que se alcance mais *equidade* e se observem, traduzidos nos indicadores de morbi-mortalidade, melhores resultados em saúde (PERIAGO, 2007). Destacam-se a valorização da Atenção Básica na rede de serviços de saúde, o aumento de sua resolutividade e o cuidado de focar as necessidades em saúde da população. O fortalecimento dessas características só poderá ser alcançado através da qualificação dos profissionais e das condições de trabalho das equipes de SF, do reconhecimento por parte dos gestores do papel central da ESF na reorganização do modelo assistencial, além de processos formativos de monitoramento e avaliação contínuos das ações implementadas.

Neste processo, a participação da sociedade como um todo e o seu controle efetivo sobre a gestão e o funcionamento do sistema de saúde são essenciais para conseguirmos melhorar a qualidade do atendimento e garantirmos verdadeiramente o direito à saúde, que tanto almejamos (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006)..

Após traçado esse esboço do Sistema Público de Saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde, no qual tentamos caracterizar e problematizar alguns de seus principais princípios guias, campos de ação e espaços participativos, apresentaremos um perfil geral da situação de saúde em que se encontra a grande maioria dos assentamentos da reforma agrária no Brasil, tomando como base o relatório formulado conjuntamente pelo Núcleo de Estudos em Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB) e o Setor Nacional de Saúde do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST) (UnB, 2001).

## **2.4. A SAÚDE NO CAMPO E A REALIDADE DOS SEM TERRA**

Inicialmente, cabe destacarmos que a realidade social não se traduz ou se explica apenas em números e estatísticas. Todavia, mesmo que com limites, alguns indicadores sociais, de saúde, de saneamento, de trabalho, de renda, de educação, dentre outros, podem ser úteis para refletirmos sobre a situação de saúde em geral. O Brasil possui o maior sistema público de saúde do mundo em termos de cobertura populacio-

nal, garantindo constitucionalmente a saúde como “*direito de todos e dever do Estado*”. Não obstante, basta um rápido olhar para o cotidiano dos serviços de saúde para se identificar algumas das grandes dificuldades encontradas na consecução deste direito. Um olhar mais aprofundado nos revela que é no campo onde mais se acentuam estas contradições. O direito à saúde, tal qual assegurado em nossa Constituição, ainda está longe de se efetivar na realidade do campo (BERGAMASCO, 1997; CARNEIRO, 2007; CAVALCANTE, 2008).

O Brasil vem passando por grandes transformações econômicas, sociais e demográficas, particularmente nas quatro últimas décadas, com significativas repercussões nas condições de vida e trabalho da população e, conseqüentemente, em sua situação de saúde. O censo demográfico de 1960 revelava que 55% da população economicamente ativa, dedicavam-se predominantemente à agricultura, enquanto os restantes 45% se dedicavam aos setores secundário e terciário. Já na década seguinte, essa proporção se inverte, com 54% da população empregada na indústria ou no setor serviços. Segundo o Censo de 2000, apenas 19% da população estava empregada no campo, ou seja, uma queda de 55% para 19% em quatro décadas. Nesse mesmo período, a população empregada pelo setor Serviços passou de 27% a 60%, enquanto a dedicada à indústria, depois de uma ascensão de 17% a 29% entre 1960 e 1980, caiu para 21% no censo de 2000 (CNDSS, 2008).

Em Dezembro de 2006, segundo o Censo Agropecuário (ECONOMIA-IBGE, 2006), havia 16.567.544 pessoas ocupadas nos estabelecimentos agropecuários (incluindo produtores, seus familiares e empregados temporários ou permanentes), que correspondiam a 18,9% da população ocupada no país, (87.628.961 pessoas). Evidentemente, essa redistribuição acelerada da população economicamente ativa (PEA) do setor agrícola para os setores industriais e de serviços implicou num processo de urbanização também extraordinariamente acelerado.

Um dos estudos de maior abrangência sobre a situação de saúde dos Sem Terra foi uma pesquisa realizada em 2001 pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública da Universidade de Brasília (NESP/UnB) em parceria com o Coletivo Nacional de Saúde do MST (UnB, 2001), como já referimos na introdução dessa dissertação.

Os principais problemas apontados por esse estudo se referiam ao atendimento das demandas das populações assentadas e acampadas pelos órgãos oficiais de saúde, visto que a assistência formal de saúde não atinge 32,6% dos assentamentos e 23,7% dos acampamentos do Brasil. Somente 56,8% dos assentamentos e 45,7% dos acampamentos possuem postos de saúde próximos às suas áreas, ao passo que dentre



esses postos, apenas 30,9% e 29,3% respectivamente, estão em funcionamento (UnB, 2001). Essa constatação leva-nos a refletir sobre o fato de que a existência da estrutura física não implica a garantia da assistência à saúde, pois nem sempre estão dadas as condições para o efetivo funcionamento das unidades de saúde.

Pelos resultados dessa pesquisa, 61,9% dos assentamentos e 50% dos acampamentos pesquisados contam com instituições governamentais de saúde em áreas próximas, enquanto as ONGs aparecem entre as instituições de saúde, com participação em 18% dos assentamentos e 14,1% dos acampamentos. Outras dificuldades de acesso, além da própria ausência de serviços de saúde constatada, são a falta de transporte e a distância dos serviços de saúde (idem, *ibidem*). Essa questão está diretamente relacionada à organização espacial das áreas dos assentamentos e acampamentos, muitas vezes afastadas dos núcleos urbanos que contam com os serviços de saúde. A discriminação da clientela e o excesso de demanda são problemas relatados e se colocam como barreiras ao atendimento da população rural nos serviços de saúde formais (ANDRADE, 2004).

Com relação ao serviço provido pelos postos de saúde em funcionamento, observa-se que 72% dos assentamentos e 85,2% dos acampamentos dispõem de serviços que prestam atendimento médico em geral, enquanto a vacinação é ofertada nos postos que servem a 62,8% dos assentamentos e 51,9% dos acampamentos. O atendimento ginecológico só é ofertado em 33,3% dos postos em funcionamento próximos aos acampamentos e em 25,6% dos postos próximos aos assentamentos (UnB, 2001). Esse é um problema a ser superado, pois é um componente da atenção básica que deve ser garantido a todas as mulheres (BRASIL, 2007).

Quanto à atenção informal à saúde, em praticamente 70% das áreas de acampamentos e assentamentos, os remédios caseiros são a opção de tratamento das doenças. As benzedadeiras são mais procuradas que as farmácias e as instituições religiosas, tanto em assentamentos (34,5%) quanto em acampamentos (35,9%) (UnB, 2001). Esse quadro mostra a presença marcante da medicina popular no cotidiano dos acampamentos e dos assentamentos do MST (BERGAMASCO, 1997; ANDRADE, 2004; CARNEIRO, 2007). Tal informação pode indicar novas possibilidades de se realizarem propostas para fortalecer o saber popular e integrá-lo ao saber científico. Uma alternativa ao modelo alopatóico e dependente das multinacionais.

Há participação de representantes do MST nos conselhos de saúde.

de municipais em pouco mais de 11% dos assentamentos e acampamentos, mostrando que, apesar de ainda incipiente, está ocorrendo uma rápida e crescente inserção da população rural nas instâncias de controle social da saúde. Os agentes de saúde estão presentes em 56,1% dos acampamentos e 44,6% dos assentamentos, sendo que, em torno de 52,9%, eles estão associados a programas governamentais (UnB, 2001).

No tocante às condições de vida, merecem especial atenção os dados que se referem ao saneamento básico. É baixo o percentual de assentamentos e acampamentos que possuem acesso à rede de abastecimento de água, sendo que 58,3% da população de assentados e 62,5% de acampados consomem água sem qualquer tratamento (idem, ibidem). Além disso, é alto o percentual da população assentada e acampada que descarta lixo e dejetos a céu aberto, o que contribui para a proliferação de insetos, roedores e outros animais responsáveis pela transmissão de muitas doenças, como verminoses, diarreias infecciosas, cólera, hepatite infecciosa, entre outras (CNDSS, 2008).

Quanto à prevalência das doenças nestas populações, verifica-se que as respiratórias (principalmente asma, bronquite e sinusite), dermatológicas e infecto-parasitárias são as mais prevalentes na faixa etária de até 1 ano de idade. As doenças respiratórias permanecem como primeira causa de morbidade até a idade de 29 anos, podendo estar relacionadas às precárias condições de vida, ao uso de querosene e óleo diesel como combustível para iluminação da moradia, bem como à exposição aos agrotóxicos. A partir dos 40 anos, passam a prevalecer as doenças cardiovasculares (hipertensão, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca) e as osteo-musculares, principalmente problemas de coluna, que estão relacionados ao trabalho no campo, que geralmente é pesado e exige esforço repetitivo (BERGAMASCO, 1997; ANDRADE, 2004; UnB, 2001).

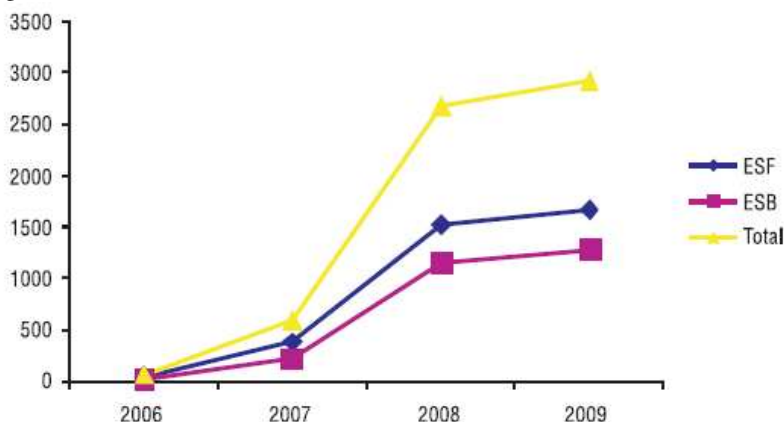
Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD, 1998), o coeficiente de mortalidade geral para a população assentada no ano de 1998 foi de 8,1 óbitos/1000 habitantes, portanto, superior à taxa bruta de mortalidade nacional de 5,4%/1000 hab., tendo sido maior nas faixas etárias extremas, menores de 1 e maiores de 65 anos.

Verificou-se que menos da metade da população assentada e acampada informou ter procurado médico ou serviço especializado para resolver problemas de saúde. Os principais motivos referidos para a reduzida procura pelo atendimento médico estão relacionados à dificuldade de acesso ao sistema de saúde que, como se verificou, não estão disponíveis nas localidades próximas a 23,7% dos assentamentos e

32,6% dos acampamentos pesquisados. E, onde existe o serviço, problemas como inexistência de transporte, distância e o excesso de demanda se impõem como barreiras à busca da assistência. Existe um percentual em torno de 10% que procura atendimento diretamente na farmácia (UnB, 2001)

Na perspectiva de promover a ampliação do acesso dos diversos segmentos populacionais ao SUS e distribuir com equidade os incentivos destinados à implementação da Estratégia Saúde da Família, o Ministério da Saúde alterou em 2006 os critérios de repasse de recursos para as equipes de Saúde da Família (SF) que atendem à população remanescente de quilombos ou assentada da reforma agrária. Elas passaram a receber um acréscimo de 50% no valor dos incentivos repassados mensalmente. O mesmo se deu para as equipes de Saúde Bucal (SB) que atendem a essas populações. Visando garantir a efetiva implantação dessas equipes nos municípios e assegurar o controle social desta ação, o Ministério da Saúde promoveu oficinas de capacitação para 250 lideranças quilombolas dos estados da Bahia, Rio de Janeiro, Amapá, Goiás e Rio Grande do Sul. Posteriormente a esse “incentivo” às equipes de SF e de SB para que trabalhassem com estas populações, percebe-se um considerável aumento na sua cobertura pelas equipes, como pode ser observado no Gráfico 1 (BRASIL, 2008).

**Gráfico 1** - Número de Equipes de Saúde da Família (ESF) e de Saúde Bucal (ESB) em Comunidades Quilombolas e Assentamentos da Reforma Agrária.



Fonte: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), Abril de 2009.

Em 2007, a população assentada passa de 1.453.543 a 1.829.664

pessoas; e a quilombola, de 62.345 para 266.117. Essa imensa variação explica-se pela atualização das informações da Fundação Cultural Palmares e do Ministério do Desenvolvimento Agrário, a partir de demandas do movimento social quilombola e organizações representativas das famílias assentadas pela reforma agrária. De janeiro de 2007 a março de 2008, o número de Municípios beneficiados com recursos da Saúde diferenciados para a população quilombola e assentada da reforma agrária, aumentou de 1.905 para 2.197 (CONASS, 2009).

O aumento na cobertura da ESF, desde seu advento em 1994, embora tenha ampliado de maneira impactante o alcance da Saúde Pública à população brasileira em geral, e mais recentemente, às populações do campo, ainda é insuficiente para suprir necessidades em saúde destes povos. Ainda existem grandes contradições entre o que está preconizado no SUS, o que é vivenciado na prática por estas populações. São povos e comunidades que têm seus modos de vida, de produção e de reprodução social bem peculiares, relacionados ao campo, à floresta, à agropecuária e ao extrativismo. Desta forma, qualquer política ou programa governamental que se proponha a atender às suas demandas, necessariamente, devem ser formuladas e implementadas considerando tais peculiaridades. Só assim, poderão exercer plenamente o seu direito à saúde (ANDRADE, 2004; VENDRAMINE, 2007; BRASIL, 2008).

### 3. PERCURSO METODOLÓGICO

#### 3.1 BASES TEÓRICAS E TIPO DE ESTUDO

Caracterizamos esta pesquisa como um estudo de caso (Yin, 2001) de abordagem qualitativa, no qual procuramos analisar a realidade da saúde de famílias de trabalhadores rurais vinculados ao MST e sua relação com o Sistema Único de Saúde (SUS). Para tanto, utilizamos como instrumentos de coleta de dados a observação, a entrevista semi-estruturada e a análise documental. Os sujeitos do estudo foram assentados do assentamento Butiá, profissionais de saúde da Unidade de Saúde de Volta Grande (USVG-SF) e gestores do Sistema de Saúde do município de Rio Negrinho. Para o tratamento dos dados levantados, utilizamos uma abordagem hermenêutica-dialética.

Denominamos este capítulo como “Percurso Metodológico” por considerarmos nossa atividade investigativa um processo construído paulatinamente, em interação com as bases teóricas e com os sujeitos da pesquisa ao longo de todo o percurso, em que os próprios instrumentos de coleta e análise de dados foram construídos conforme se desenvolvia a pesquisa, mediante adaptações e readaptações. Desta forma, ao longo desse capítulo, procuramos descrever essa trajetória percorrida em nossa investigação, buscando justificar as opções metodológicas e instrumentais escolhidas.

Minayo (2008) considera que as metodologias de pesquisa qualitativa podem ser entendidas como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.

Conforme Nogueira-Martins e Bógus (2004), “*os pesquisadores qualitativistas ocupam-se com os processos, ou seja, querem saber como os fenômenos ocorrem naturalmente e como são as relações estabelecidas entre esses fenômenos*”, de tal modo que a “*abordagem qualitativa refere-se a estudos de significados, significações, re-significações, representações psíquicas, representações sociais, simbolizações, simbolismos, percepções, pontos de vista, perspectivas, vivências, experiências de vida, analogias*” (p.48).

A pesquisa qualitativa, distintamente da quantitativa, se destina a uma compreensão particular do objeto estudado, não visando generalizações populacionais nem a postulação de princípios e leis. A atenção

do pesquisador é focada no peculiar, no específico, almejando mais a *compreensão* do que a explicação dos fenômenos estudados os quais, geralmente, envolvem atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos dos sujeitos estudados. Tais sujeitos podem variar em número, podendo-se trabalhar com um único indivíduo a grandes grupos de pessoas. Também seus métodos de investigação podem variar, de acordo com o objetivo do estudo, podendo incluir, dentre outros, entrevistas (estruturadas, semi-estruturadas e abertas), observação (externa ou participante) e análise de material escrito (idem, ibidem).

Ainda segundo Nogueira-Martins & Bógus (2004), *"quando se tem como objeto de estudo o próprio homem, a relação de conhecimento se estabelece entre iguais, pois o objeto e o sujeito do conhecimento coincidem. Desta forma, o critério de cientificidade passa a ser a intersubjetividade, pois o conhecimento é construído pelo sujeito e pelo objeto numa relação dialética"* (p.48). Para esses autores, três são os aspectos que nos permitem caracterizar uma abordagem qualitativa:

O primeiro é de caráter epistemológico e se relaciona à visão de mundo implícita na pesquisa, isto é, o pesquisador que se propõe a realizar uma pesquisa qualitativa busca uma compreensão subjetiva da experiência humana. O segundo aspecto se relaciona ao tipo de dado que se objetiva coletar, obtidos a partir de descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências. E o terceiro relaciona-se ao método de análise, que na pesquisa qualitativa busca compreensão e significado e não evidências. Na abordagem qualitativa, o pesquisador substitui as correlações estatísticas pelas descrições e as conexões causais objetivas pelas interpretações (MARTINS; BICUDO, 1989 apud NOGUEIRA-MARTINS & BÓGUS, 2004, p.48)

Nossa opção por estudo de caso (YIN, 1989), justifica-se por este *"se direcionar a produção de conhecimento sobre um fenômeno valendo-se da intensiva análise de um caso particular"*, objetivo a que nos propusemos ao selecionar um contexto específico, envolvendo a saúde de um contingente de trabalhadores ligados ao MST e suas experiências cotidianas nesse campo. O estudo de caso é uma investigação de *"fenômenos contemporâneos em seu contexto real, onde o limite entre eles - fenômeno e contexto - não são facilmente percebidos"* (MINAYO, 2008). Por isso, também possibilita a utilização de várias fontes de dados como entrevistas, arquivos, documentações, entre outros que, na opinião dessa autora, além de ser uma de suas particularidades, é sua

vantagem, pois possibilita o conhecimento mais aprofundado de uma dada realidade.

Para Yin (1989), devemos optar pelo estudo de caso quando nos é possível fazer a observação direta dos fenômenos estudados no contexto em que ocorrem. De uma maneira geral, os estudos de caso permitem a utilização de diversas estratégias de investigação qualitativa, no sentido de mapear, descrever e analisar o contexto, as relações e as percepções a respeito da situação, fenômeno ou episódio em questão. Desta forma, acreditamos que nossa pesquisa se enquadra com o delineamento dado neste tipo de estudo.

No tópico seguinte, apresentaremos uma contextualização do cenário de nossa pesquisa, em que descreveremos o processo de definição do objeto de estudo e de entrada no campo, para, posteriormente, caracterizarmos o Município de Rio Negrinho e o Assentamento Butiá – nossos locais de pesquisa. Finalmente, nos tópicos seguintes, apresentaremos as etapas de nosso trabalho de campo e de análise dos dados obtidos, assim como o “porquê” das opções metodológicas escolhidas nestes momentos.

### **3.2 CONHECENDO O CAMPO DA PESQUISA E DELINEANDO O OBJETO DE ESTUDO**

O campo da pesquisa foi o assentamento Butiá, localizado no entorno do município de Rio Negrinho, a 22 km do distrito de Volta Grande, na região norte de Santa Catarina. Nesse espaço, estão oficialmente assentadas 39 famílias, contando com uma população estimada de 159 pessoas (INCRA, 2007).

A escolha desse assentamento como campo da pesquisa, conforme foi apontado em nosso capítulo introdutório, deveu-se à nossa participação em um projeto de extensão, o projeto “Produção e industrialização de plantas medicinais: resgate cultural e viabilidade técnica, econômica e comercial nas áreas de assentamentos de reforma agrária do norte de Santa Catarina”.

O objeto de nossa investigação - a realidade da saúde do assentamento Butiá – foi definido, então, a partir da participação nesse projeto, quando nos deparamos com a dura realidade de famílias que enfrentavam grandes dificuldades em seus processos de saúde-doença, não sendo amparadas satisfatoriamente pelo Sistema Público de Saúde. Buscávamos compreender os motivos que levavam a essa situação.

Assim, ao longo de 2008, participamos de muitas das atividades do referido projeto, em que ocorreram diversas oficinas, palestras e

encontros, nos quais foram trabalhadas temáticas como Plantas Medicinais, Saúde Popular e Primeiros Socorros, dentre outras. Visitamos vários assentamentos, nos quais ocorriam essas atividades. Conhecemos as casas e as vidas das pessoas; muitas dificuldades, mas também grandes sonhos e perspectivas de mudança. Esses momentos, de certa forma, caracterizaram-se como um processo de entrada em campo, onde pudemos observar um pouco da realidade dessas pessoas, assim como obter contato com informantes-chave<sup>11</sup> para a pesquisa.

Segundo Grisotti e Patrício (2006), o processo de entrada em campo expressa atitudes de aproximação com o contexto da pesquisa e de aperfeiçoamento do projeto como um todo. Essa fase caracteriza-se como uma pesquisa exploratória na qual se integram buscas teóricas e práticas. Minayo (2008) chama a atenção para os cuidados relativos à “entrada no trabalho de campo”: uma das primeiras providências é a aproximação com as pessoas envolvidas com a área de estudo, principalmente com aquelas que têm um vínculo com os sujeitos a serem entrevistados (CONDÉ, 2006).

Assim sendo, definido o campo de nossa pesquisa, contatamos algumas das lideranças do MST e sujeitos do assentamento Butiá, manifestamos nossa intenção de realizar a pesquisa e expusemos os objetivos que pretendíamos alcançar. A partir daí, iniciamos nossos esforços em delinear o processo de pesquisa a ser concretizado e os instrumentos utilizados para se alcançar os objetivos pretendidos. Descreveremos, agora, um pouco do cenário de nosso estudo, buscando situar nosso objeto dentro do contexto histórico e socioeconômico em que se insere. Feito isso, passaremos para a nossa etapa de campo propriamente dita.

### 3.2.1 O Município de Rio Negrinho

Rio Negrinho situa-se na microrregião de São Bento do Sul, no Alto Vale do Rio Negro no Planalto Norte Catarinense, possuindo uma área de 908,9 Km<sup>2</sup>. Limita-se ao Norte com o município de Rio Negro, Estado do Paraná; ao Sul, com os municípios de Doutor Pedrinho e Rio dos Cedros; ao Leste com os municípios de São Bento do Sul, Corupá e Rio dos Cedros; a Oeste, com os municípios de Mafra e Itaópolis. Localizado à 266 Km de Florianópolis (Figura 2). (SANTA CATARINA,

---

<sup>11</sup> Informante-chave: “pessoas conhecedoras da história, de seus processos sociais e capazes de identificar os moradores de sua região. Pessoas que, pelo tempo de residência em uma determinada área, pela posição e pelas relações sociais que têm dentro da comunidade, possuem conhecimento detalhado de características relevantes da mesma” (MINAYO, 2008, p.179).

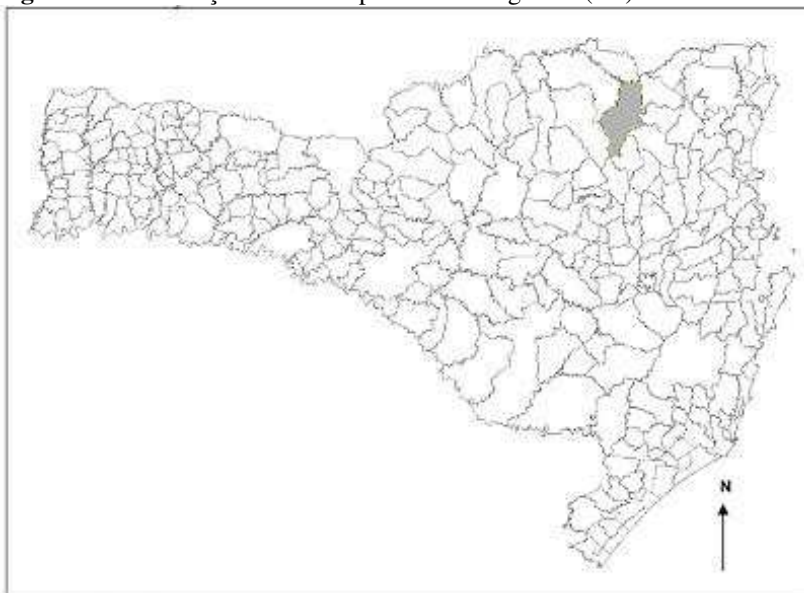


2008).

A colonização da região foi marcada por vários acontecimentos conflituosos, entre as quais, a Guerra do Contestado (1912-1916), sendo indefinida a data da fundação do município de Rio Negrinho, tendo sido escolhida como data oficial, 24 de abril de 1880, ano da inauguração da Estrada D. Francisca no município (idem, ibidem).

A história de Rio Negrinho está vinculada à de São Bento nos seus primórdios, pois emancipou-se somente em 30 de dezembro de 1953 pela Lei Estadual nº133. Há registros de passagem dos primeiros europeus por terras onde hoje se encontra Rio Negrinho e São Bento desde 1523, interessados nos tesouros incaicos dos Altiplanos Andinos, que poderiam ser alcançados através do caminho de Peaberu, rota conhecida dos nossos indígenas brasileiros que lhes serviam de guia (idem, ibidem).

**Figura 2** - Localização do município de Rio Negrinho (SC).



Fonte: INCRA (2007)

No século XIX, a Europa vivenciava profundas transformações sócio-econômicas decorrentes da Revolução Industrial e a vida no campo tornava-se inviável. O empobrecimento da população levou ao êxodo rural, aumentando a urbanização nas cidades européias. Com o avanço da mecanização das indústrias, a Europa deparou-se com grandes con-

tingentes de desempregados, fazendo com que no período compreendido entre 1815 a 1920, cerca de 60 milhões de pessoas emigrassem do continente europeu, das quais cerca de 100 a 200 mil vieram para o Brasil em busca de melhores condições de vida. As vantagens oferecidas pelo governo brasileiro eram atrativas a estes emigrantes, e ajudariam a resolver o problema da ocupação de grandes regiões brasileiras, até então desabitadas. Muitos destes emigrantes vieram para Santa Catarina, sendo que as primeiras famílias a se fixarem em Rio Negrinho chegaram por volta de 1874 (idem, *ibidem*).

O Planalto Norte era passagem dos tropeiros, região de muita madeira, principalmente o pinheiro (*Araucaria angustifolia*) e também erva-mate (*Ilex paraguariensis*). As colônias de imigrantes estavam associadas à construção da ferrovia que ligava o Rio Grande do Sul a São Paulo e às serrarias que estavam se instalando, sendo todas empresas estrangeiras. O apoio do Governo Federal se dava com a cessão das terras consideradas devolutas às empresas estrangeiras e às colônias. Nesse contexto, os índios e os caboclos que viviam nessas regiões, representavam um problema para o pleno desenvolvimento das empresas estrangeiras e a instalação definitiva dos imigrantes, que nesse momento já vinham de diversos locais da Europa (CARVALHO, 2002; ALMEIDA, 2009)

Ao mesmo tempo, havia uma disputa sobre o controle político da região entre o Paraná e Santa Catarina. O Paraná, na época, havia conquistado, recentemente, a emancipação política de São Paulo e, portanto, tinha interesse em manter e aumentar sua área, que também abrangia o Planalto Norte. Segundo Santos (2006), “(...) com um caráter descentralizador, a Constituição de 1891 assegurava aos Estados o direito de cobrar impostos sobre as exportações e a circulação de mercadorias, acirrando ainda mais a questão de limites” (p.76).

Assim, com todas essas conturbações, o estopim para uma revolta popular pelos que estavam sendo explorados e expulsos da terra estava dado. A insurgência do Monge José Maria e a organização popular por ele construída deram origem ao conflito conhecido como Guerra do Contestado (1912-1916), considerado de caráter messiânico, mas fundamentalmente político e social. O exército do Marechal Deodoro da Fonseca, numa ampla intervenção militar, aniquilou a resistência rebelde, dando fim aos combates em 1916 (idem *ibidem*).

Em 1917, com a intervenção do então presidente Wenceslau Braz, o chamado “Acordo de Limites” entre o Paraná e Santa Catarina foi assinado. A região voltou a pertencer a Santa Catarina (idem *ibidem*).

Atualmente, Rio Negrinho conta com uma população de 44.634

habitantes, de acordo com a projeção do IBGE. A expectativa de vida é de 71,4 anos, sendo o crescimento da população estimado em 4,5% ao ano. Existe a coleta de esgoto em apenas 6% do município, sendo que o abastecimento de água cobre 99% da área urbana, enquanto que o abastecimento de energia elétrica cobre 96% desta mesma área (PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRINHO, 2010)

Apresenta um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 407.485,00, tendo sua economia baseada em indústrias de cerâmica, de papel, de máquinas e de madeira, com o predomínio da indústria moveleira; a agropecuária é baseada no reflorestamento de pinus e eucalipto, criação de bovinos, suínos, caprinos e aves, além da cultura de milho, soja, feijão e fumo (idem, ibidem).

### **3.2.2 O Assentamento Butiá**

As informações a seguir foram retiradas do relatório final do Plano de Desenvolvimento do Assentamento Butiá – PDA12 (INCRA, 2007), fornecidas pelo INCRA de Santa Catarina. Informações complementares foram obtidas através de coleta de informações para o desenvolvimento da pesquisa, diretamente com os assentados.

No Estado de Santa Catarina, os assentamentos têm sua origem ligada a acampamentos e às ocupações de terra ocorridos nos anos de 1985, 1995 e 1997. No extremo oeste catarinense, destacam-se o acampamento organizado em caráter provisório pelo Governo Estadual, no município de Mondai, e as ocupações de terras realizadas nos municípios de Barra Bonita (na fazenda Rabo de Galo) e de Bandeirantes (em terras devolutas irregularmente exploradas). A data de ocorrência destes movimentos populacionais situa-se entre o final de 1983 e início do ano de 1986.

Com base no referido relatório e nas informações obtidas com os sujeitos pesquisados, estabelecemos a seguinte trajetória para a origem do assentamento Butiá: em 26 de outubro de 1988, um grupo de 25 trabalhadores rurais, oriundos da região de Campo Erê e Palma Sola (região Oeste de Santa Catarina), encaminhados pelo Movimento dos Traba-

---

<sup>12</sup> O Plano de Desenvolvimento de Assentamento é um projeto básico oficial do INCRA, em formato de relatório, onde constam informações relevantes de um Assentamento ou Projeto de Assentamento, desde as características físicas do local até informações sócio-econômicas. A partir dele, são definidos os potenciais produtivos, sugestões de atividades para envolvimento de mulheres, jovens e idosos, entre outros.

lhadores Rurais Sem Terra (MST) somaram-se a outras 10 famílias de agricultores, filiadas ao Sindicato Rural de Rio Negrinho, dando início à ocupação da fazenda Butiá. A área ocupada possuía uma extensão de 19 ha de cultivo de pinus, o qual acabou sendo suprimido após a ocupação. A criação oficial do Projeto de Assentamento ocorreu sob a Portaria nº 1.551, de 30 de novembro de 1989.

O assentamento Butiá está parcelado em 35 Lotes familiares. Desses, cerca de 29 são de famílias remanescentes do início do assentamento, as quais foram, em alguns casos, transferindo os lotes de pai para filho. Cerca de seis outras famílias vieram posteriormente ao início da ocupação, transferidas diretamente de acampamentos da região. Destaca-se ainda a presença de quatro famílias residindo no local, na condição de parentes e agregados, totalizando no imóvel 39 famílias, 159 pessoas, cuja divisão em faixas etárias pode ser consultada na Tabela 1.

Analisando a divisão em intervalos de cinco anos, a classificação em faixas etárias permitiu identificar a concentração da população local nos segmentos 5 –9 anos (18,87%) e 10 – 14 anos (16,35%), respectivamente. Assim sendo, nessa população, os grupos etários mais representativos, em ordem decrescente do percentual total, foram: crianças (0 a 14 anos) - 44%; adultos (25 a 60 anos) - 39%; jovens (15 a 24 anos) - 14%; e, idosos (> 60 anos) - 3%. O número médio de membros por família no assentamento Butiá é de 4,54 pessoas, resultando em mais de meio ponto percentual superior à média brasileira, situada em torno de 4 pessoas por família.

As principais organizações das quais os agricultores do assentamento Butiá participam são as reuniões promovidas pela Coordenação de Núcleo, que é exercida por um ou mais membros do assentamento, residente em uma comunidade determinada, e que, no desempenho dessa coordenação, a qual implica no acompanhamento das famílias, coloca-se como representante da população residente nessa localidade perante a assessoria técnica da Cooperativa dos Trabalhadores Sem Terra do Estado de Santa Catarina – COOPTRASC e do Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária – INCRA.

O número de famílias sob a responsabilidade de um mesmo Coordenador de Núcleo varia de 06 até 15 famílias, sendo mais comum um número entre 08 e 10. Nessas reuniões são tratados assuntos diversos sobre o assentamento. A comunidade local está dividida em quatro núcleos. Além dos núcleos, existe uma organização denominada Associação Butiá, de compra e venda de insumos agrícolas, a qual, entretanto, encontra-se inativa. Esporadicamente as famílias locais participam de reuniões maiores promovidas pelo MST. Foram apontadas dezessete

famílias do Butiá em processo de integração com a cooperativa regional: COOPERDOTE.

**Tabela 1** - População do assentamento Butiá dividida em faixas etárias.

<b>Faixas etária</b>	<b>Quantidade</b>	<b>(%)</b>
0 – 4	15	9,43
5 – 9	30	18,87
10 – 14	26	16,35
15-19	12	7,55
20 – 24	10	6,29
25 – 29	14	8,81
30 – 34	9	5,66
35 – 39	11	6,92
40 – 44	10	6,29
45 – 49	9	5,66
50 – 54	5	3,14
55 – 59	4	2,52
60 – 64	1	0,63
65 – 69	3	1,89
Acima de 70	0	0,00

Fonte: INCRA (2007)

Os principais espaços de socialização do Butiá são o pavilhão comunitário, a escola desativada e o campo de futebol. Também foi identificada a existência de cemitério no interior do assentamento Butiá. Não existem construções erigidas com a finalidade específica de abrigar atividades religiosas tais como igrejas, templos e capelas. A comunidade local é formada por 30 famílias católicas e cinco evangélicas. Os católicos celebram missas na escola desativada. Os evangélicos realizam reuniões e cultos nas próprias residências. Anualmente, durante o mês de abril, é celebrada a festa de São Jorge no assentamento Butiá, padroeiro da comunidade.

No que diz respeito à divisão por gênero, observou-se que a população local é formada em sua maioria por homens, os quais totalizam 87 indivíduos, 55% do total. As mulheres perfazem 72 pessoas, compondo os 45% restantes. A participação feminina no assentamento Butiá não ocorre através de organização própria. Entretanto, o assentamento já chegou a possuir um Grupo de Mães registrado, o qual chegou a receber três máquinas de costura como doação da prefeitura. Este grupo, entretanto, motivado por divergências internas e pela dissolução do grupo fundador, acabou sendo desativado.

A participação do público jovem no assentamento Butiá não o-

corre por meio de nenhuma organização específica, a exemplo de grupo de jovens, diretorias esportivas ou outras formas associativas. Segundo o referido relatório do INCRA (2007), entre os principais fatores apontados pela comunidade para justificar a pouca participação dos jovens, destacam-se: a prioridade dada aos estudos (principalmente nos primeiros anos escolares); e, a prioridade dada às oportunidades de trabalho e renda (a partir da adolescência). Essa escassa participação dos jovens na comunidade sinaliza um sintoma bem mais preocupante, que é a marcante tendência de êxodo dos jovens das regiões interioranas brasileiras para as áreas urbanas, que, além de romper os laços familiares (muitas vezes, antes mesmo da idade adulta), implica na descontinuidade da tradição da pequena agricultura em moldes familiares. Para explicar tal fato, os assentados apontam as causas mais frequentes, como: as escassas oportunidades de lazer oferecidas nos assentamentos; a dificuldade para a continuidade dos estudos além do nível básico e fundamental (incluem-se nesta descrição as dificuldades de acesso ao ensino médio, pós-médio técnico e superior); e, poucas opções de trabalho e renda.

Muitas famílias assentadas no Butiá dependem de trabalhos externos para complementar a renda familiar. As principais atividades desempenhadas com esse propósito são os trabalhos avulsos, na limpeza e no corte do pinus em propriedades do entorno do assentamento. Devido às dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias, essa atividade acaba compondo boa parte dos rendimentos da economia doméstica.

Internamente, encontram-se famílias subsistindo pelo extrativismo vegetal e pela queima do carvão. É comum a troca de “dias por horas de máquina”, modalidade na qual os agricultores trocam sua força de trabalho em um dia pelo equivalente em horas/máquina junto a outro agricultor possuidor de trator e implementos agrícolas. Além das horas/máquina, também é contratada a mão de obra excedente para o desempenho de atividades nos lotes onde há uma maior demanda por trabalho. Foram identificadas 12 famílias cadastradas e recebendo benefícios dos programas governamentais (Bolsa Escola, Bolsa Família e Vale Gás). O número de aposentados e pensionistas é de oito pessoas.

Não há telefone público no assentamento. O mais comum é a utilização de telefone celular. Segundo os assentados, não é possível a utilização do celular sem a prévia instalação de uma antena. Apenas 05 famílias tinham este equipamento instalado em sua moradia. Todas as famílias do assentamento Butiá têm ligação de energia elétrica em suas residências, a qual foi feita em 1998. A maioria das famílias possui rádio, televisão e geladeira.

As famílias do Assentamento Butiá receberam recurso governa-

mental destinado à habitação em 1992. Segundo relatos dos assentados, o recurso apenas possibilitou a aquisição da cobertura. Nesse assentamento, há 2 casas de alvenaria e as 33 restantes de madeira. Com exceção das casas de alvenaria, é precário o estado de conservação das casas no assentamento, pois já são bem antigas. Na Figura 3, apresentamos uma ilustração de casas de madeira do assentamento Butiá.

**Figura 3** - Casas de madeira no assentamento Butiá.



Fonte: INCRA (2007)

O assentamento Butiá localiza-se no município de Rio Negrinho, portanto, as famílias constantemente têm necessidade de se locomover até a sede municipal que fica, em média, a 56km. Outras localidades próximas acessadas são: Volta Grande, a 22km, Cerro Azul, a 32km, Moema, a 28km, Itaiópolis, a 50 km e o assentamento Domingos Carvalho, a 25km. Poucos são os assentados que possuem veículos próprios, portanto, para ir à Rio Negrinho, utilizam o transporte que passa na estrada geral, o qual custa em torno de R\$13,40 por cada trecho. Para ir a Volta Grande a passagem custa em torno de R\$3,60.

Partindo-se de Rio Negrinho, segue-se por uma estrada principal com destino à localidade de Volta Grande. Depois de percorrer 56 km, chega-se à entrada do assentamento. O acesso está em condições ruins e tem revestimento primário de cascalho em toda sua extensão. Dentro do assentamento, a estrada geral também apresenta-se em condições regulares, estando, porém, alguns trechos com falhas de drenagem. A situação das estradas secundárias e entrada das casas são precárias (Figura 4). Essas estão vulneráveis à chuva, tornando-se intrafegáveis ainda que com mínima quantidade de água na pista. Foram relatados problemas com o transporte escolar e escoamento de produção, devido à péssima condição das estradas, em geral.

**Figura 4** - Estrada geral e estrada secundária que perpassam o assentamento Butiá.



Fonte: INCRA (2007)

De acordo com o relatório do INCRA (2007), todos os assentados possuem no seu lote pelo menos um paiol pequeno, além de dois açudes. Na lavoura, a utilização de arado animal é predominante. Apenas uma família possui trator. São poucas as famílias que alugam horas de máquina para utilização no cultivo. Um dos principais produtos da economia do assentamento é o carvão. Quinze famílias realizam esta atividade. A produção de milho atualmente é destinada ao consumo animal. Quando há alguma sobra, essa é comercializada. Já a produção de feijão é totalmente destinada ao consumo. Em média existem 2,0 ha de milho e menos de 0,5 ha de feijão por família. A soja é cultivada principalmente em áreas arrendadas. A área média da cultura é de 02 há por família. Os valores médios das principais atividades produtivas praticadas pelas famílias do assentamento Butiá podem ser consultados na Tabela 2.

**Tabela 2** - Principais produtos e atividades desenvolvidos no assentamento.

ATIVIDADE	QUANTIDADE	UNIDADE
Milho	2,0	ha/família
Feijão	Menos de 0,5	ha/família
Soja	2,0	ha/família
Carvão	15	famílias
Fumo	6	famílias
Mel	3	famílias
Pinus	24	hectares
Eucalipto	11	hectares

Fonte: INCRA (2007)

O cultivo de fumo e a produção de mel também são atividades praticadas pelos assentados. O reflorestamento de pinus e eucalipto somam 35 ha em todo o assentamento. Para a subsistência, toda família assentada acaba tendo uma criação de animais para consumo como porcos, galinhas e gado. Alguns lotes têm pomar de frutas com melancia, pêssego, entre outras. A maioria das famílias possui uma horta em que



produzem cenoura, alface, mandioca, tomate, pepino, cebola, abobrinha, moranga, batata, entre outros.

Pelo relatório do INCRA (2007), foram contabilizadas duas pessoas sem nenhum estudo (7%) e 25 outras classificadas da seguinte forma: duas com a primeira série (7%), cinco com a segunda série (19%), seis com a terceira série (22%), oito com a quarta série (31%), duas com a quinta série (7%) e duas com a oitava série (7%).

As crianças, jovens e adolescentes do Butiá utilizam como infraestrutura de ensino as instituições pré-escolar, escolar fundamental (1.º a 8.º séries) e colegial médio (1.º, 2.º e 3.º anos) localizadas no distrito de Volta Grande, a 22 km do assentamento. A prefeitura de Rio Negrinho disponibiliza transporte escolar para o assentamento nos períodos da manhã e da tarde. A inexistência de transporte escolar e transporte público (coletivo) no período noturno foi apontado como fator de impedimento para a continuidade dos estudos entre os alunos egressos do ensino fundamental, o qual é ofertado à noite no distrito Volta Grande. Existe uma escola de ensino fundamental desativada na área comunitária do assentamento.

### **3.3 O TRABALHO DE CAMPO: O PROCESSO DE LEVANTAMENTO E REGISTRO DOS DADOS**

Neste tópico, descreveremos nossa trajetória de trabalho de campo, a qual envolveu a construção dos instrumentos de coleta de dados, a definição dos sujeitos da pesquisa e o processo de levantamento e registro dos dados propriamente dito. Procuramos descrever esse movimento investigativo entrelaçando cada opção metodológica com as bases teóricas orientadoras e com nossos objetivos específicos.

Lembremos que o nosso objetivo principal nesta pesquisa foi analisar a realidade de saúde de um grupo de pessoas, em um contexto específico. Assim, optamos, como um dos recursos para melhor adentrar e compreender esta realidade, a observação, visto que, como assinalam Nogueira-Martins e Bógus (2004), tem como principal objetivo “*gerar conhecimento sobre a vida humana, sedimentado na realidade do dia-a-dia. Observações podem ocorrer em qualquer lugar onde as pessoas estejam fazendo coisas: culturas, comunidades, organizações, lares, ruas, lugares de trabalho, salas de aula e outros*” (p.52).

Ainda segundo esses autores, algumas vantagens em se utilizar a observação são:

conforme o pesquisador passa mais tempo no ambiente, diminui a probabilidade de que as pessoas alterem seu

comportamento com sua presença; as diferenças entre o comportamento verbal e o real ficam mais aparentes; questões podem ser formuladas na linguagem dos sujeitos, usando termos característicos das pessoas estudadas; podem ser identificadas a seqüência e as conexões dos eventos que contribuem para o significado do fenômeno; muitos dos interesses do pesquisador não podem ser adequadamente investigados por outros meios. (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p.52)

O grau de participação na atividade de observação (o pesquisador pode ser completo participante, participante como observador, observador como participante e completo observador), dependerá do contexto e do propósito da investigação. Isto é, em algumas situações, será possível maior participação enquanto, em outras, o pesquisador terá de adotar um grau mínimo de participação (idem, ibidem).

Este processo de observação foi desenvolvido em todos os momentos em que estávamos imersos no contexto da pesquisa. Assim, começamos nossa observação já mesmo nos encontros que tínhamos com os assentados, iniciados em 2008, nas diversas etapas realizadas durante o projeto com as plantas medicinais, nos diversos assentamentos que visitamos. Nestes momentos, fizemos o que Minayo (2008) classifica como uma “*observação descritiva*”, a qual se realizou “*de forma totalmente livre, embora o investigador de campo deva estar sempre focalizado no que constitui seu objeto de estudo*” (p.194). Já no período em que estivemos no assentamento Butiá (primeira quinzena do mês de Novembro de 2009), junto dos assentados, sujeitos do estudo, realizamos um processo de “*observação dirigida*”, em que formulamos um roteiro específico, contendo temas específicos a serem observados. Esse Roteiro para Observação Estruturada pode ser consultado nos apêndices dessa dissertação (APÊNDICE A). Os dados obtidos nesse processo de observação foram registrados num caderno de anotações, um instrumento convencionalmente denominado “Diário de Campo” (idem, ibidem).

Em busca de um aprofundamento das concepções em saúde dos sujeitos do estudo, dos problemas vividos pelos Sem Terra em seu cotidiano e de sua relação com o Sistema de Saúde, realizamos entrevistas semi-estruturadas (idem, p.191) com famílias de assentados do assentamento Butiá. A entrevista semi-estruturada é colocada como uma forma de combinar perguntas fechadas e abertas, tendo o entrevistado a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Como nos apontam Nogueira-Martins e Bógus (2004), a entrevis-

ta permite o acesso a sentimentos, pensamentos e intenções dos sujeitos estudados, informações que geralmente são difíceis de obter através de outras ferramentas investigativas. A intenção é que, a partir da entrevista, o entrevistador possa se colocar na mesma perspectiva do entrevistado. A relação de interação entre pesquisador e pesquisado criada no desenvolvimento da entrevista pode favorecer a criação de uma atmosfera de cooperação e influência recíproca entre quem pergunta e quem responde. (p.49)

Para esses autores (2004), *“a grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos”* (p.49). A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas. Enquanto outros instrumentos *“têm seu destino selado no momento em que saem das mãos do pesquisador que os elaborou, a entrevista ganha vida ao se iniciar o diálogo entre o entrevistador e o entrevistado* (LÜDKE; ANDRÉ, 1986, *apud* NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p.50).

No caso específico da *entrevista semi-estruturada*, podemos entendê-la como sendo

aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses previamente definidas e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. Esse, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal, colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p.50)

Foi a partir deste entendimento que elaboramos as questões fundamentais incorporadas em nossos Roteiros de Entrevista Semi-Estruturadas (APÊNDICE B, C e D), com os quais procuramos aprofundar nosso conhecimento sobre a realidade de saúde dos assentados do assentamento Butiá. É útil esclarecer que essas perguntas fundamentais que constituíram, em parte, nossos roteiros, foram resultado não só da teoria que alimentava nossa ação investigativa, mas, também, de toda a informação que já havíamos recolhido sobre nosso objeto ao longo do percurso. No transcorrer da pesquisa, a partir das entrevistas já realizadas e do diálogo com a fundamentação teórica, algumas perguntas foram suprimidas e outras incorporadas.

A partir daí, definidas a opção por este instrumento e as informações que deveríamos obter, faltava ainda definir quem seriam nossos sujeitos fornecedores de informação – os nossos entrevistados.

Segundo diversos autores (PATTON, 1990; DUARTE, 2002; NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004; MINAYO, 2008), na abordagem qualitativa de pesquisa, as amostras são propositalmente (*purposeful sampling*), pois, mais do que a generalização dos resultados, o que se busca é apreender e entender os fenômenos da forma mais aprofundada e abrangente possível. Para Minayo (2008), no processo de definição da amostra qualitativa, deve-se buscar refletir a totalidade das múltiplas dimensões do objeto do estudo, sendo que alguns critérios devem levados em conta:

privilegiar os sujeitos que detêm as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer; considerar um número suficiente para a reincidência das informações; escolher um conjunto de informantes que possibilite a apreensão de semelhanças e diferenças. Assim, a amostra deve ser composta diferentemente de acordo com os objetivos e o propósito da pesquisa. (MINAYO, 1994 apud NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p.49)

Duarte (2002) discorre que, na metodologia qualitativa, é difícil estabelecer *a priori* o número de sujeitos que virão a compor o quadro das entrevistas. Dessa forma, selecionamos nossa amostra conforme recomenda esse autor, que entende que o procedimento mais adequado é realizar entrevistas até que o material obtido permita uma análise mais densa das relações estabelecidas naquele meio e a compreensão de significados, sistemas simbólicos e de classificação, assim como códigos, práticas, valores, atitudes, idéias e sentimentos. Quando se alcança este nível, tem-se o chamado “*ponto de saturação teórico*”<sup>13</sup> e torna-se possível a finalização da investigação.

Dessa forma, iniciamos nossas entrevistas no assentamento Butiá a partir de um informante-chave, que nos indicou algumas famílias a serem entrevistadas posteriormente. Dessas, elegíamos um membro a ser entrevistado – o chefe da família ou o responsável pela saúde da mesma.

---

<sup>13</sup> O ponto de saturação teórico, segundo Duarte (2002), “(...) se dá quando já é possível identificar padrões simbólicos, práticas, sistemas classificatórios, categoria de análise da realidade e visões de mundo do universo em questão, sob a ótica dos componentes amostrais. (...) Eventualmente é necessário um retorno ao campo para esclarecer dúvidas, recolher documentos ou coletar novas informações sobre acontecimentos e circunstâncias relevantes que foram pouco explorados nas entrevistas”.

Sempre que possível, foi entrevistado o casal. Essas entrevistas foram realizadas nas residências das famílias pesquisadas, durante a primeira quinzena de Novembro de 2009. Dessa forma, realizamos um total de 10 entrevistas com os assentados, entre homens e mulheres, cuja faixa etária variava entre 20 e 55 anos.

Conforme nos alerta Minayo (2008), uma pergunta que frequentemente surge sobre a validade do uso de entrevistas para coleta de dados, é quanto à cientificidade desse tipo de trabalho, que não segue as regularidades de respostas, como no caso de questionários fechados. Segundo essa autora (2008), a resposta a essa pergunta *“é que o investigador que trabalha com abordagem qualitativa nunca pode esquecer-se de que não estuda um somatório de depoimentos. Isso significa que a práxis compreensiva pode até utilizar critérios numéricos (número de entrevistas), mas não necessariamente será este o definidor de relevâncias, muitas vezes esclarecidas pela fala de apenas um ou de poucos interlocutores”* (p.192). Assim, concordando com essa autora, acreditamos que ao final dessas 10 entrevistas, alcançamos o desejado ponto de saturação teórico, pois a partir daí, foi-nos possível caracterizar os problemas comuns enfrentados por esses sujeitos, aprofundar o conhecimento acerca de suas concepções e de suas relações com o Sistema de Saúde.

A fim de aprofundar essa compreensão da problemática da saúde entre aqueles assentados, e confrontar as diferentes visões acerca deste objeto, optamos por entrevistar também gestores e profissionais de saúde que a eles prestavam assistência. Assim, após termos realizado contato com esses sujeitos e explicado os objetivos da pesquisa, entrevistamos 2 profissionais de saúde da Unidade de Saúde de Volta Grande (USVG-SF) (APÊNDICE C), a qual presta atendimento aos assentados do Butiá, e outros assentamentos da região. Realizamos estas entrevistas, também em Novembro de 2009, na própria Unidade de Saúde. Entrevistamos também, no mesmo período, 2 gestores do Município de Rio Negrinho (APÊNDICE D), município-sede do assentamento pesquisado.

Naquele mesmo período, participamos de uma reunião realizada pela Equipe de Saúde da Família da USVG-SF, onde se encontravam todos os profissionais de saúde daquela Unidade. Neste encontro, foi-nos possível fazer perguntas a esses profissionais acerca da realidade de saúde dos assentados e dos problemas vivenciados por eles. Aquele momento possibilitou-nos também captar algumas percepções do grupo acerca desta problemática, assim como sua visão sobre a dinâmica cotidiana daquela Unidade de Saúde.

Ao longo desse processo, outros atores também se foram revelan-

do essenciais para a compreensão do objeto de estudo e das complexas relações que se formavam entre os sujeitos estudados. Assim, entrevistamos um representante da Sub-Prefeitura de Volta Grande, encarregado de atender ao Distrito de Volta Grande e aos assentamentos do entorno quanto à suas demandas na área Social – problemas com transporte, documentos, trabalho, saúde, dentre outros. Essa pessoa, residente na comunidade há mais de 40 anos, acompanhou a história dos assentamentos da região, conhecendo profundamente seus problemas e necessidades, o que nos proporcionou importantes informações acerca da realidade dos assentados.

Entrevistamos também o diretor de uma escola de Volta Grande, na qual estudam grande parte das crianças e adolescentes dos assentamentos da região, incluindo o assentamento Butiá. Esse momento acrescentou-nos um importante aspecto para ser analisado nesta discussão sobre a problemática da saúde: a educação. A partir desse contato, foi-nos possível compreender muitos dos problemas vivenciados pelas crianças e adolescentes dos assentamentos. O relato de 2 professores também dessa escola ajudou-nos a compor este quadro. Relatos de funcionários do INCRA e lideranças do MST também contribuíram com dados valiosos para nossas análises.

As entrevistas foram registradas em gravador digital, sendo os participantes informados previamente de que teriam seus depoimentos gravados dessa forma, respeitando os preceitos éticos, conforme elucidaremos no tópico referente aos “Cuidados Éticos”. Posteriormente, todas as entrevistas foram transcritas, para que pudéssemos realizar nossas análises.

Com a finalidade de compor um quadro acerca da estrutura e funcionamento do SUS em Rio Negrinho e da dinâmica da Unidade de Saúde de Volta Grande, realizamos uma análise documental buscando estas informações, assim como utilizamos esse dispositivo com a finalidade de orientar a condução de nossas entrevistas e das observações realizadas. Assim, analisamos o Plano Estadual de Saúde de Santa Catarina 2007-2010 (SANTA CATARINA, 2007), um instrumento oficial que levanta e analisa a realidade sócio-sanitária catarinense, indicando problemas e prioridades de intervenção para a melhoria da situação de saúde no Estado, assim como os compromissos assumidos pelos gestores no âmbito de suas atribuições.

Foram analisados também os Cadernos de Informações em Saúde, de Santa Catarina (2009) e os Cadernos de Informações em Saúde, de Rio Negrinho (2009), instrumentos oficiais que apresentam vários indicadores de saúde referentes à demografia, saneamento, característi-

cas da rede assistencial, recursos humanos no setor de saúde, dentre outros, com dados referentes ao Estado de Santa Catarina e ao Município de Rio Negrinho, respectivamente. Outros documentos oficiais das respectivas Secretarias de Saúde foram também consultados nesta investigação, como o Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde do Município de Rio Negrinho (2008). A análise documental desenvolveu-se no transcorrer do processo de trabalho de campo.

Em síntese, todo esse processo de coleta e registro dos dados, o trabalho de campo propriamente dito, foi sempre conduzido em uma relação de ir e vir, das reflexões teóricas ao encontro com a realidade empírica. Coletamos grande quantidade de informações e conhecimentos acerca do nosso objeto de estudo. Naquele momento, precisávamos definir qual caminho deveríamos seguir no tratamento dos dados. Dessa forma, tentaremos descrever no próximo tópico o procedimento seguido para a análise dos dados coletados e os motivos que nos levaram a essa escolha.

### **3.4 A ANÁLISE DOS DADOS**

Em nossa pesquisa, a análise dos dados esteve presente em várias das etapas do processo investigativo. Inicialmente, tínhamos um foco muito amplo, o qual foi se afunilando, pouco a pouco, por meio do aprofundamento nos procedimentos analíticos, quando procuramos avaliar a pertinência das questões selecionadas frente às características específicas da situação estudada. Isso também favoreceu a coleta de dados para que se tornasse mais focada. Isso também favoreceu a coleta de dados para que se tornasse mais concentrada e produtiva e fossem formuladas algumas questões mais específicas que também auxiliaram na sistematização dos dados coletados (NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004).

A escolha da Hermenêutica-Dialética como abordagem privilegiada para o tratamento dos dados coletados se revelou de grande importância para o desenvolvimento desse estudo, pois nos permitiu construir uma composição mais aproximada das principais questões e descobertas obtidas em nosso processo investigativo (MORETTI-PIRES; CAMPOS, 2009). A nosso ver, torna-se importante dedicarmos aqui alguns parágrafos a fim de melhor aclarar as bases conceituais que balizaram essa etapa da pesquisa e nossa opção por essa modalidade de análise, para, enfim, descrevermos como foi o processo de operacionalização desse momento.

Para Minayo (2008),

a análise do material qualitativo possui três finalidades complementares dentro da proposta de uma investigação social: a primeira é heurística, isto é, insere-se no contexto de descoberta a que a pesquisa se propõe; a segunda é de “administração de provas”, que se realiza por meio do balizamento entre os achados, hipóteses ou os pressupostos; e a terceira é ampliar a compreensão de contextos culturais, ultrapassando-se o nível espontâneo das mensagens (BARDIN, 1979, apud MINAYO, 2008, p.300)

Ainda segundo essa autora (2008), para a realização das análises, vários caminhos são possíveis e, praticamente todos eles dependem da corrente de pensamento a que o investigador se filia. Dentre as modalidades de análise de dados qualitativos mais consagradas na pesquisa social em saúde, encontram-se a *Análise de Conteúdo*, a *Análise do Discurso* e a *Hermenêutico-Dialética*.

De uma maneira geral, essas modalidades de análise implicam,

num primeiro momento, a organização de todo o material coletado, dividindo-o em partes, relacionando essas partes e procurando identificar tendências e padrões relevantes. Em um segundo momento, essas tendências e padrões são reavaliados, buscando-se relações e inferências em um nível de abstração mais elevado. Do trabalho de codificação resulta um conjunto inicial de categorias que serão reexaminadas e modificadas num momento subsequente. É quando, por exemplo, categorias relacionadas são combinadas para formar conceitos mais abrangentes ou quando idéias muito amplas são subdivididas em componentes menores para facilitar a composição e apresentação dos dados. (...) A categorização, por si mesma, não esgota a análise. É preciso que o pesquisador vá além, ultrapasse a mera descrição, buscando realmente acrescentar algo à discussão já existente sobre o assunto focalizado. Para isso ele terá que fazer um esforço de abstração, ultrapassando os dados, tentando estabelecer conexões e relações que possibilitem a proposição de novas explicações e interpretações (Lüdke e André, 1996, apud NOGUEIRA-MARTINS; BÓGUS, 2004, p.54-55)

Para Minayo (2008), a principal crítica às técnicas de *Análise de Conteúdo* tradicional se refere à sua reduzida capacidade explicativa, que se deve a seu foco apenas no discurso, à sua ênfase quase absoluta na *fala* como material de análise, não levando em consideração o processo de tomada de decisões do pesquisador e dos sujeitos, nem o con-



texto da realidade analisada. O material coletado (através de entrevistas, observações, grupos focais etc.) é arranjado como um *Corpus*, isto é, “*como um conjunto sistematizado e fixo, privilegiando-se tudo o que pode se constituir em sistema de signos a serem decifrados*” (p.352). Assim, as informações coletadas mediante entrevistas (ou outras formas de comunicação) “*costumam ser vistas em bloco, perdem sua autoria, e o jogo dos ‘significantes em cadeia’ passa a ser o foco da compreensão*” (p.352).

Por outro lado, a *Análise de Discurso* supera teoricamente as técnicas tradicionais de Análise de Conteúdo, visto que busca desvelar as regras próprias do processo discursivo e atingir as estruturas profundas na raiz de qualquer comunicação. No entanto, suas técnicas de análise acentuam a tônica também na *fala* e, “*quando estabelece os procedimentos operativos, retorna ao rigor formal típico do estruturalismo*” (idem, ibidem, p.352).

Dessa forma,

os refinamentos técnicos, tanto da análise de conteúdo quanto da análise do discurso, apóiam-se na crença de que a “verdade” dos significados situa-se nos meandros profundos dos sentidos dos textos. Ora, a absolutização dessa crença deixa em segundo plano os aspectos extra-discursivos que constituem o espaço sócio-político-econômico, cultural e relacional onde o discurso circula (idem, ibidem, p.353).

Considerando isso, optamos pela *Análise Hermenêutico-Dialética* por concordarmos com Minayo (2008) que acredita que essa modalidade de tratamento de dados seja capaz de superar “*o formalismo das análises de conteúdo e de discurso*”, indicando “*um caminho do pensamento*” que corresponda às “*dimensões e à dinâmica das relações que se apreendem numa pesquisa que toma como objeto a saúde em suas mais variadas dimensões: concepções, política, administração, configuração institucional, representações sociais e relações*” (p. 301).

A *hermenêutica* pode ser entendida como a “*arte de compreender textos*” (idem, ibidem, p.328). O termo *texto* é usado num sentido bastante amplo: biografia, narrativa, entrevista, documento, livro, artigo, dentre outros. Dessa forma, a hermenêutica, segundo Gadamer (1999), é a busca de compreensão de sentido que se dá na comunicação entre seres humanos, tendo na linguagem seu núcleo central. Trabalha com a comunicação da vida cotidiana e do senso comum, dentro dos seguintes pressupostos: “*o ser humano como ser histórico e finito complementa-se por*

*meio da comunicação; sua linguagem também é limitada, ocupando um ponto no tempo e no espaço; por isso, é preciso compreender também seu contexto e sua cultura” (p.166).*

Como práxis interpretativa, a abordagem hermenêutica se encaminha dentro dos seguintes parâmetros: buscar as diferenças e as semelhanças entre o contexto do autor e o contexto do investigador; explorar as definições de situação do autor, que o texto ou a linguagem em análise permite, buscando desvendá-las e compreendê-las; perguntar o “*por que*” e “*sob que condições*” o sujeito da linguagem que busca entender cria determinadas situações, valoriza determinadas coisas, atribui determinadas responsabilidades a certos atores sociais e, em síntese, expressa-se e se posiciona de tal maneira e não de outra; e apoiar toda a reflexão acerca de determinada realidade sobre o contexto histórico, partindo do pressuposto de que o investigador-intérprete e seu “sujeito” de observação e pesquisa são expressões de seu tempo e de seu espaço cultural (idem, ibidem).

Já a *Dialética*, era utilizada como um “*método de busca da verdade*” pelos gregos pré-socráticos. Foi resgatada por Engels como uma “*forma de pensar a natureza humana*” e posteriormente transformada por Marx em uma “*maneira dinâmica de interpretar o mundo, os fatos históricos e econômicos, assim como as próprias idéias, sob a égide do materialismo histórico*” (idem, ibidem, p.339).

A dialética é a “*ciência e a arte do diálogo, da pergunta e da controvérsia*” (idem, ibidem, p.167). Diferentemente da hermenêutica, ela busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para realizar uma crítica informada sobre eles. A dialética é o estudo da oposição das coisas entre si. Do ponto de vista metodológico, uma abordagem dialética deve encaminhar-se com os seguintes objetivos:

desvendar as relações múltiplas e diversificadas das coisas entre si; explicar o desenvolvimento do fenômeno dentro de sua própria lógica; evidenciar as contradições internas no interior do fenômeno; compreender o movimento de unidade dos contrários; trabalhar com a unidade da análise e da síntese numa totalização das partes; correlacionar as atividades e as relações (MINAYO, 2008, pg.340)

Essa combinação entre hermenêutica e dialética foi primeiramente descrita por Jüergen Habermas (1987) em seus embates teóricos com Hans-George Gadamer (1999), nas décadas de 1960 a 1980, sendo que

aquele autor entendia que, do ponto de vista do pensamento, ela faz a síntese dos processos compreensivos (hermenêutica) e críticos (dialética). De tal forma, a hermenêutico-dialética, é a arte da compreensão e da crítica (CARVALHO, 2005; MINAYO, 2008; MORETTI-PIRES, CAMPOS, 2009).

Ao defender a complementaridade entre dialética e hermenêuticas, Habermas defenderá que *“a mesma razão que compreende, esclarece e reúne, também contesta, dissocia e critica”* (1987, p.20), visto considerar que a própria linguagem, além de um meio de comunicação, seja também um instrumento de dominação, em cuja qual há tanta intransparência quanto o há na vida real, donde poder e relações de produção opõem contraditoriamente pessoas, grupos, e classes. Dessa forma, tanto a linguagem que é comunicada pelos informantes quanto a que é utilizada pelos investigadores deve ser desmistificada e tornar-se objeto de reflexão (CARVALHO, 2005; MINAYO, 2008, p.166).

Na sua articulação, a hermenêutico-dialética constitui um importante caminho do pensamento para fundamentar pesquisas qualitativas na área da saúde (MINAYO, 2008; MORETTI-PIRES, CAMPOS, 2009). Por outro lado, com a combinação dessas abordagens não foi criada nenhuma técnica específica de tratamento de dados por Habermas (1987), pois o desejo desse autor era valorizar elementos teóricos que pudessem dar parâmetros aos investigadores. Deve-se buscar então, em sua articulação prática, a construção de um movimento interativo, entre a hermenêutica e a dialética, que se constitua, ao mesmo tempo, em um caminhar compreensivo e crítico, valorizando as complementaridades e oposições entre as duas:

(a) ambas trazem em seu núcleo a idéia fecunda dos condicionamentos históricos da linguagem, das relações e das práticas; (b) ambas partem do pressuposto de que não há observador imparcial; (c) ambas questionam o tecnicismo em favor do processo intersubjetivo de compreensão e de crítica; (d) ambas ultrapassam as tarefas de serem simples ferramentas para o pensamento e (e) ambas estão referidas à práxis estruturada pela tradição, pela linguagem, pelo poder e pelo trabalho. No entanto, enquanto a hermenêutica enfatiza o significado do que é consensual, da mediação, do acordo e da unidade de sentido, a dialética se orienta para a diferença, o contraste, o dissenso, a ruptura de sentido e, portanto, para a crítica (MINAYO, 2008, pg.168).

Considerando isso, em nossa investigação, procuramos desenvol-

ver esse processo de análise apoiados na perspectiva hermenêutico-dialética, seguindo as etapas preconizadas pela literatura (CAMPOS, 2001; MINAYO, 2008; MORETTI-PIRES, CAMPOS, 2009): partimos da leitura e ordenação de todo o conteúdo, para depois realizarmos sua interpretação e a busca por categorias (o que consideramos ser a etapa hermenêutica); seguida de uma reflexão crítico-histórica dos contextos e das contradições (etapa dialética), a partir de nosso referencial teórico. Ao término do processo, finalizamos a análise buscando as convergências e divergências entre os dados obtidos a fim de construir uma síntese hermenêutica-dialética que pudesse apontar caminhos para a transformação positiva da realidade de saúde dos assentados de Butiá (MORETTI-PIRES; CAMPOS, 2009).

Iniciamos esse processo pela etapa de “*ordenação dos dados*”, que englobou tanto as informações obtidas através das entrevistas semi-estruturadas quanto o conjunto do material obtido das observações e dos documentos consultados. Essa etapa incluiu: (a) a transcrição literal das entrevistas; (b) a leitura e releitura de todo o material; (c) a organização dos relatos em determinada ordem (o que já se caracterizou como um início de classificação); (d) a organização dos dados das observações e dos documentos consultados. Para Minayo (2008), essa etapa se caracteriza como o momento em que se elabora o “*Corpus*”, que deve abranger o conjunto de todo o material empírico a ser tecnicamente trabalhado em seguida (MINAYO, 2008).

Separamos essas informações em três subconjuntos, de acordo com a categoria de sujeito envolvida na pesquisa: um primeiro grupo abrangendo aos assentados do assentamento Butiá; um segundo, em que agrupamos os gestores e os profissionais de saúde; e, um terceiro, que incluímos as informações obtidas junto aos outros atores que se revelaram importantes no decorrer do trabalho de campo.

Posteriormente, avançamos para a etapa de “*classificação dos dados*”, iniciada a partir da “*leitura horizontal e exaustiva dos textos*” (idem, ibidem, p.357), a qual nos exigiu uma intensa leitura de cada entrevista e dos outros documentos, em que fomos anotando nossas primeiras impressões, iniciando, assim, a busca de “*coerência interna*” entre as informações. Esse exercício inicial, denominado por alguns autores como “*leitura flutuante*”, foi um momento em que buscamos apreender as “*estruturas de relevância dos atores sociais*” (p.358), as idéias centrais que tentaram transmitir e suas posturas sobre o tema pesquisado.

Em seguida, partimos para um segundo momento da “*etapa classificatória*” (ou classificação dos dados), em que realizamos a “*leitura*

*transversal*” de cada subconjunto e do conjunto em sua totalidade. Nesse processo, realizamos recortes de cada entrevista e das outras informações obtidas, separando-os por “temas” ou “*unidades de sentido*” (idem, ibidem, p.357), em que colocamos as partes semelhantes juntas, buscando perceber as conexões entre elas, assim como compreender e interpretar o que foi exposto como mais representativo pelos grupos estudados.

A fim de operacionalizar essa etapa de análise dos dados, de forma que pudéssemos melhor manipular e ordenar os recortes das entrevistas e dos outros dados, assim como desenvolver as etapas analíticas pretendidas, utilizamos como ferramenta uma planilha construída no Excel, a qual foi adaptada da “*matriz interpretativa crítico-reflexiva*”<sup>14</sup> formulada por Moretti-Pires e Campos (2009), exemplificada no Quadro 2.

Em nossa planilha adaptada, para cada um destes “temas” emergidos, foi incorporado um novo campo (uma nova coluna ou uma nova linha na planilha), sendo cada tema trabalhado separadamente para as diferentes categorias de sujeitos. Foram também incluídos outros campos para se analisar as convergências e as divergências entre as categorias de sujeitos, buscando coerências e incoerências, tanto entre os sujeitos de uma mesma categoria (intracategoria) quanto entre as diferentes categorias (intersujeitos).

Por fim, desenvolvemos nosso processo de “análise final” conforme nos indica Minayo (2008), que o entende como um “*movimento circular, que vai do empírico para o teórico e vice-versa, que busca as riquezas do particular e do geral*” (p.358). Assim, procuramos realizar esse movimento dialético, em que as interpretações eram contextualizadas a partir de questionamentos que emergiam e articuladas com as bases teóricas, em uma discussão com os autores e as teorias que balizaram nossas análises, o que gerava novas interpretações e questionamentos. A finalização desse processo circular/espiral resultou no que consideramos ser uma síntese hermenêutica-dialética, em que buscamos

---

<sup>14</sup> A adaptação formulada para a operacionalização desta etapa consistiu em uma planilha do Excel construída a partir de nossa participação na “*Oficina de Tratamento de Dados Qualitativos*” ministrada pelo Prof. Dr. Rodrigo Otávio Moretti-Pires em Dezembro de 2009 na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

**Quadro 2** - Matriz interpretativa crítico-reflexiva formulada por Moretti-Pires e Campos (2009)

Etapa Hermenêutica			Etapa Dialética		Síntese Hermenêutica Dialética
<i>Legitimação</i>	<i>Interpretação</i>	<i>Saturação</i>	<i>Questionamentos emergentes</i>	<i>Dialética</i>	<i>Síntese e superação</i>
Dado recortado (fala com maior significado dentro do material empírico a cerca da intencionalidade de pesquisa e transformação social visada pelo pesquisador.	Interpretar o dado recortado, buscando a raiz do que esta sendo dito.	Indícios oriundos do material empírico, que existe recorrência de significados no fenômeno pesquisado.	Contextualização histórico-social e crítico reflexiva da manifestação que emerge no fenômeno após a interpretação.	Articular o produto do processo com a fundamentação teórico, na busca de contradições históricas sociais do fenômeno pesquisado.	Fusão das principais interpretações do produto do processo, questionamentos emergentes, dos silêncios (significados não explícitos, mas que permeiam o objeto) e das contradições sócio-históricas implicadas no fenômeno/interpretação. É importante ressaltar que nesta etapa o pesquisador deve ter vista na melhora social do contexto investigado.
<i>Exemplo*</i>					
“(…) eles tem pouca realidade do povo daqui, e o povo daqui tem dificuldade de se comunicar, eles tem dificuldade de se co-	O médico tem dificuldade para entender a realidade dos usuários do PSF no	Interpretações semelhantes apareceram nos depoimentos dos seguintes sujeitos:	O médico apresenta preparo acadêmico para busca de sinais e	A formação acadêmica ainda se pauta em um modelo biomédico, que preconiza a busca semiológica. No entanto, o PSF se pauta em uma	A falta de Educação Permanente, acrescida a formação com caráter ‘biológico’ e fragmentada dos médicos; somando-se às peculiaridades de uma

<p>municar, então isso ta dificultando muito porque, eles não sabem te dizer onde realmente dói, e não sabe te dizer o que ta sentindo, e eles acham que é gastrite e mandam pra Manaus” (<i>Farmacêutica1</i>)</p> <p>“ tem muitos casos que eles chegam chorando não querendo ir, mas o médico encaminhou, então a gente ver que deveria melhorar mais essa parte de assistência, até de se comunicar com o pessoal daqui” (<i>Grupo Focal 2</i>)</p>	<p>município de São Gabriel da Cachoeira (AM)</p>	<p><i>Farmacêutica1</i>  <i>ACS1</i>  <i>ACS4</i>  <i>ACS12</i>  <i>ACS23</i>  <i>Enfermeiro1</i>  <i>Enfermeiro4</i>  <i>Usuário2</i>  <i>Usuário72</i>  <i>Grupo Focal 2</i>  <i>Grupo Focal 4</i></p>	<p>sintomas. Também apresenta recursos de intervenção além do encaminhamento. O PSF se pauta em horizontalidade com o usuário, e imersão na realidade da equipe junto a este.</p>	<p>abordagem mais ampla dos processos de saúde e adoecimento, inclusive na realidade cultural, o que não aparece nas falas, mesmo em um município com 96% de população indígena, sendo que as peculiaridades dos povos indígenas são “invisíveis” de certa forma aos médicos, segundo os depoimentos. Inexiste preparação específica para estes profissionais atuarem junto a esta população, que são em sua maioria militares de outras Regiões do Brasil, segundo análise documental.</p>	<p>população indígena, tornam a comunicação falha, não apenas no sentido de entendimento da palavra, mas de entendimento do paciente. Um caminho para superar este quadro seria a institucionalização de Estratégias de Educação Permanente, principalmente para profissionais de outras regiões do Brasil que chegam pelo serviço de militar para atuar em São Gabriel da Cachoeira (AM).</p>
---	---	--	---	---	--

\* Os dados apresentados são oriundos do Projeto “Saúde da Família no Estado do Amazonas e a operacionalização dos princípios do SUS”, processo CNPq 470165/2008-1, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, sob protocolo CEP/UFSC 121/09-FR259768. Fonte: Moretti-Pires e Campos (2009)

construir uma composição das principais interpretações, questionamentos e contradições implicados no objeto pesquisado, assim como tentamos apontar os caminhos à superação dos problemas vivenciados pelos assentados em sua realidade de saúde.

### **3.5 CUIDADOS ÉTICOS**

A Resolução CNS 196 (1996) criou parâmetros éticos para as pesquisas na área da saúde, uma vez que definiu que todas as pesquisas que envolvam seres humanos devem seguir as Diretrizes e Normas de Pesquisa Envolvendo os Seres Humanos (BRASIL, 1996).

Considerando isso, só iniciamos nosso trabalho de campo com os sujeitos do estudo após aprovação deste projeto perante o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, no dia 09 de Outubro de 2009, sob o parecer nº FR290952 (APÊNDICE E). Os preceitos éticos dispostos na Resolução 196/96 foram respeitados no desenvolvimento da pesquisa. Todos os participantes do processo de pesquisa tiveram à sua disposição o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F), informando sobre a potencialidade de utilização de dados e informações correlacionados, garantindo o compromisso de utilização dos conteúdos de forma sigilosa, preservando-lhes seu anonimato. Também foram informados de que as entrevistas seriam gravadas mediante gravador digital, e sobre o seu direito de se retirarem da pesquisa a qualquer momento, sendo neste caso, desconsiderado o registro da entrevista do requerente, sem acarretar prejuízo algum para ele.

Os resultados serão posteriormente apresentados aos sujeitos da pesquisa, em reunião agendada com os mesmos, de forma a poder contribuir na transformação positiva da problemática analisada.



## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, procuramos apresentar os principais resultados de nossa pesquisa, buscando, sempre que possível, articulá-los com discussões teóricas consideradas pertinentes às análises realizadas nos dados obtidos por meio das observações, das entrevistas e dos documentos analisados.

Dividimos o capítulo em tópicos, a fim de melhor organizá-lo. No primeiro, intitulado “O SUS no Município de Rio Negrinho e no Distrito de Volta Grande e”, subdividido em “O SUS em de Rio Negrinho” e “A Unidade de Saúde de Volta Grande: a USVG-SF”, procuramos descrever e analisar o contexto mais geral no qual se insere o Sistema Único de Saúde (SUS) no município de Rio Negrinho, assim como a dinâmica específica da USVG-SF.

Nos tópicos seguintes, procuramos apresentar nossas análises acerca dos problemas vivenciados por famílias do assentamento Butiá em seu processo de saúde-doença, assim como identificar as percepções dos diferentes sujeitos da pesquisa acerca desse processo e de sua relação com o Sistema de Saúde. Assim, o segundo tópico foi denominado “O processo saúde-doença entre os assentados de Butiá”, subdividido em “Problemas de saúde entre os assentados de Butiá”, “Percepções dos assentados” e “Percepções de gestores e profissionais de saúde”; e o terceiro, em “A Assistência à Saúde dos assentados de Butiá”, também subdividido em “Percepções dos assentados” e “Percepções de gestores e profissionais de saúde”.

A fim de “dar voz” aos nossos sujeitos de pesquisa, incluímos ao longo desses tópicos, excetuando-se o primeiro, recortes de algumas de suas falas mais representativas, visando legitimar esse movimento que consideramos hermenêutico-dialético, no qual buscamos contextualizar as interpretações a partir de questionamentos que emergiam e também articulá-las ao nosso referencial teórico. Esses tópicos foram subdivididos em “Percepções dos assentados” e “Percepções de gestores e profissionais de saúde”, para que se acentuassem as diferentes visões dos sujeitos sobre os temas trabalhados. De qualquer forma, as falas expostas são referidas ao longo do texto, sendo que, para preservar o anonimato dos sujeitos, adotamos códigos para a identificação de seus autores, sempre colocados ao fim de cada fala, da seguinte maneira: para os assentados do Butiá, o código foi S.T., seguido de um número 1 a 10, representando cada um dos dez assentados entrevistados (ex: S.T.3); para os dois gestores representantes da Secretaria de Saúde de Rio Negrinho, Gest., seguidos pelos números 1 ou 2; e para os dois profissionais da

USVG-SF, Prof., também seguidos pelos números 1 ou 2.

No decorrer do texto, nos referiremos aos assentados de Butiá somente por “assentados” e ao conjunto total de assentados e acampados, por Sem Terra, conforme esclarecemos na Introdução dessa dissertação. Os representantes da Secretaria de Saúde de Rio Negrinho entrevistados estão referidos como “gestores”; os profissionais de saúde da USVG-SF, “profissionais”.

Por entendermos que o conceito de saúde dos sujeitos permeia todas as suas relações com seus processos de saúde-doença e mesmo com o Sistema de Saúde, procuramos trabalhar a discussão dessa questão ao longo dos tópicos, ao invés de criarmos um específico para tal.

## **4.1 O SUS NO MUNICÍPIO DE RIO NEGRINHO E NO DISTRITO DE VOLTA GRANDE**

### **4.1.1 O SUS em Rio Negrinho**

A Secretaria de Saúde de Rio Negrinho, Pessoa Jurídica de Direito Público, CNPJ nº 10.377.912/0001-30, integrante do Poder Executivo Municipal, é a responsável pela gestão do Sistema Único de Saúde no município, abrangendo um universo de aproximadamente 44.634 habitantes (IBGE, 2009). O Plano Municipal de Saúde para o período 2005-2008 foi aprovado em 18/05/2005, pela Resolução nº 012/2005 do Conselho Municipal de Saúde, sendo o instrumento norteador das ações em saúde realizadas no Município. Desde 1998, o Município assumiu a condição de Gestão Plena da Saúde, modificando-se somente em 2009, quando assumiu o compromisso com o Pacto pela Saúde. Até o fim de 2009, a Secretaria de Saúde não havia elaborado o novo Plano de Saúde, estando ainda seguindo o antigo (2005-2008).

O Pacto pela Saúde se traduz no compromisso entre os gestores do Sistema Único de Saúde em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Deve ser orientado pelos indicadores, objetivos, metas e responsabilidades que compõem o Termo de Compromisso de Gestão de cada município, conforme instituído no art. 14 da Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. O Pacto pela Saúde é a expressão, no campo da Saúde, do pacto federativo estabelecido pela Constituição Federal, que prevê a corresponsabilidade e a cooperação entre os entes federados (BRASIL, 2007). Atualmente, dos 293 municípios catarinenses, 157 (53,6%) são também signatários do Pacto pela Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE,

DE/DATASUS, 2010).

A partir da adoção do Pacto pela Saúde, o gestor municipal de Rio Negrinho assinou um termo de compromisso em que assumiu integralmente as ações e serviços de saúde no município. Desde então, cabe ao município formular suas próprias políticas de saúde, sendo ainda responsável por aplicar as políticas nacionais e estaduais. É de sua responsabilidade coordenar e planejar o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal e o planejamento estadual. Para cumprir esse compromisso, pode estabelecer parcerias com outros municípios de forma a garantir o atendimento pleno de sua população quanto aos procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer (TOFANI *et al.*).

De acordo com o Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde de Rio Negrinho (2008), os principais compromissos técnicos-políticos assumidos pelo município quando da formalização do Plano Municipal de Saúde em 2005 contemplam:

- a) promover atividades de Assistência Integral à Saúde o Cidadão, voltadas principalmente às áreas prioritárias de Saúde da Criança, da Mulher, Saúde Bucal, controle da Tuberculose, Hipertensão e Diabetes e Eliminação da Hanseníase; b) garantir o atendimento médico, odontológico e de enfermagem, com a lotação de Enfermeiros nas Unidades de Saúde; c) garantir a assistência à saúde preventiva, através de equipes multiprofissionais; d) estruturar a rede ambulatorial, com a implantação das equipes de PSF - Programa de Saúde da Família, ampliando o acesso da população a este modelo assistencial; e) implementar o sistema de Referência e Contra-referência de ações e serviços de saúde, bem como serviços de apoio, diagnose, terapia e outros que forem necessários; f) promover, através do trabalho desenvolvido por Equipes Multiprofissionais, a conscientização dos usuários quanto à responsabilidade que têm diante de sua saúde, através da implementação de Programas de Promoção, Proteção, Recuperação e Apoio à Saúde; g) priorizar programas, ações e serviços que contemplem a saúde coletiva; h) implantar os Programas de Saúde Mental e de Saúde do Trabalhador de acordo com as diretrizes nacionais, adequando-os à realidade local; i) contribuir na operacionalização e aperfeiçoamento do instrumento de pactuação PPI - Programação Pactuada e Integrada (RELATÓRIO/RN, 2008).

Segundo dados dessa secretaria, referentes ao ano de 2009, o Sis-

tema Público de Saúde no município conta com 7 Postos de Atendimento médico em localidades interioranas (rurais), 2 Unidades Básicas de Saúde, 6 Unidades de Saúde (com 1 equipe de Saúde da Família em cada uma) na área urbana, 1 Unidade de Saúde (também com 1 equipe de SF) no Distrito de Volta Grande (área rural) – USVG-SF, 1 Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), 1 Unidade Móvel de Nível Pré-Hospitalar – Urgência/Emergência, 1 Consultório Odontológico e 1 Centro de Atenção Psicossocial (CAPS I). Conta ainda com 1 Unidade de Saúde Central, onde estão instaladas as estruturas da Secretaria Municipal de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Almoarifado, Exames, Consultas e Serviços Especializados, Pequenas Cirurgias e Serviço Social, Psicologia e Nutrição.

A partir do documento Cadernos de Informações em Saúde do Município de Rio Negrinho (2009), com dados atualizados até 2007, podemos comparar a relação de unidades de saúde por tipo de prestador no município (incluindo os privados, filantrópicos e sindicatos), conforme pode ser consultado na Tabela 3.

Analisando-se a Tabela 3, percebe-se que o número de estabelecimentos privados (47) é quase o dobro dos públicos (24), representando mais da metade de todos os estabelecimentos de saúde (75), sendo o número de consultórios isolados da iniciativa privada (36) quatro vezes maior do que aqueles de administração pública (09). Tal constatação pode indicar uma forte presença do setor privado no campo da Saúde de Rio Negrinho, tal como ocorre em grande parte dos municípios brasileiros. O problema dessa constatação pode ser a evidênciação, a nível municipal, de um dos grandes desafios à efetivação do SUS, que se refere à *“dura realidade que segmenta os cidadãos entre usuários do SUS e beneficiários do sistema de planos privados de saúde”*, nesse *“mix público/privado em que convivem formas estatais e privadas de assistência à saúde”* (MENICUCCI, 2008, p.1687): o dilema entre a universalização e a segmentação do SUS, o qual não existe somente no sistema de saúde brasileiro, constituindo-se numa das questões centrais nas reformas sanitárias contemporâneas.

A universalização, expressa na saúde como *“direito de todos e dever do Estado”*, princípio basilar em que foi erigido o SUS, embora formalmente amparada pela legislação, vem sendo desafiada pela preservação e reorganização da segmentação do Sistema de Saúde (BAHIA, 2005). Isso porque, no caso brasileiro, o processo iniciado pelo Movimento da Reforma Sanitária culminou na opção por um modelo inspirado nos sistemas nacionais de saúde de acesso universal e integral, circunscrito na Constituição Federal de 1988 (idem, ibidem).

Entretanto, àquela época, já existia um setor privado fortemente estruturado, tanto no campo da prestação de serviços (com um parque hospitalar predominantemente privado), quanto no que tange ao asseguramento privado (por meio de seguradoras e operadoras de planos privados de saúde), detendo, em março de 2007, nada menos que 45,9 milhões de clientes (SANTOS *et al.*, 2008, p.1463).

**Tabela 3** – Número de unidades por tipo de prestador segundo tipo de estabelecimento em Dezembro de 2007.

<b>Tipo de estabelecimento</b>	<b>Público</b>	<b>Filantropico</b>	<b>Privado</b>	<b>Sindicato</b>	<b>Total</b>
Centro de Saúde/ Unidade Básica de Saúde	9	-	-	-	9
Clinica Especializada/ Ambulatório Especializado	1	-	1	-	2
Consultório Isolado	9	1	36	2	48
Hospital Geral	-	1	-	-	1
Posto de Saúde	2	-	-	-	2
Pronto Socorro Geral	1	-	-	-	1
Secretaria de Saúde	1	-	-	-	-
Unidade de Serviço de Apoio de Diagnose e Terapia	1	-	10	-	11
Unidade Móvel de Nível Pré-hospitalar urgência/emergência	1	-	-	-	1
<b>Total</b>	<b>24</b>	<b>2</b>	<b>47</b>	<b>2</b>	<b>75</b>

Fonte: CADERNOS/RN (2009)

Essa segmentação do Sistema de Saúde no município, também relatada pelos sujeitos de nossa pesquisa, pode representar a confirmação da visão de alguns autores (MENICUCCI, 2008; SANTOS, 2008), que consideram que *“em muitos aspectos, o modelo atual de assistência á saúde é uma continuidade do que foi estabelecido a partir dos anos 60, de forma que a alteração constitucional não significou uma mudança de rota na assistência á saúde, considerada em sua totalidade, ou seja, considerando conjuntamente os segmentos público e privado”* (MENICUCCI, 2008, p.1687).

A implicação dessa segmentação pode ser o enfraquecimento do

SUS no município, pois, de uma forma geral, os sistemas segmentados caracterizam-se por “*segregar diferentes clientela em nichos institucionais singulares*” (COLOMBO; TAPAY, 2007, *apud* BRASIL, 2009, p.79). Disso resulta uma “*integração vertical de cada segmento e uma segregação horizontal entre eles*”, em que cada segmento, público e privado, exercita as funções de financiamento, regulação e prestação dos serviços para sua clientela particular, com regramentos próprios. Dessa forma, os sistemas público e privado acabam não sendo suplementares entre si (como é o preconizado pelo SUS), mas complementares, visto que atendem, mais ou menos amplamente, a clientela distintas.

O Sistema de Saúde Suplementar é um sistema privado de assistência à saúde, exercitado por operadoras privadas, sob a regulação da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). A cobertura da população brasileira pelo sistema privado é, em média, de 19,4%. Essa cobertura está concentrada em 38,1% nas capitais, 31,9% nas regiões metropolitanas e apenas 11,9% no interior dos Estados (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2006). Esse sistema apresenta grandes desigualdades em sua cobertura, variando por classes de rendimentos familiares: na classe de menos de 1 salário mínimo sua cobertura é de 2,9%; na classe de 1 a 2 salários mínimos, 6,7%; na classe de 2 a 3 salários mínimos, 14,1%; na classe de 3 a 5 salários mínimos, 24,9%; na classe de 5 a 10 salários mínimos, 43,5%; na classe de 10 a 20 salários mínimos, 65,8%; e na classe de mais de 20 salários mínimos, de 83,9% (BRASIL, 2009).

Os sistemas segmentados de saúde são justificados por um argumento de senso comum de que, ao se instituírem sistemas especiais para os que podem pagar, sobriam mais recursos públicos para atendimento aos pobres. As evidências empíricas vão em sentido contrário. A instituição exclusiva de sistemas públicos para os pobres leva, inexoravelmente, a um sub-financiamento desses sistemas (SANTOS *et al.*, 2008). A razão é simples: os “pobres”, em geral, não conseguem se posicionar adequadamente na arena política e apresentam custos de organização muito altos; em consequência, dispõem de baixa capacidade de articulação de seus interesses e de vocalização política. Essa é a “*razão pela qual Lord Beveridge estava certo ao advertir, nos anos 40, que políticas públicas para os pobres são políticas pobres*” (BRASIL, 2007, p.57).

Os problemas da segmentação manifestam-se no Sistema de Saúde brasileiro ampliando as iniquidades na Saúde. Os beneficiários do Sistema de Saúde Suplementar utilizam, com frequência, os serviços de maior densidade tecnológica do SUS, mas os que não estão cobertos pelos planos de saúde não podem utilizar seus serviços privados. Isso

configura uma seleção adversa no SUS (MENICUCCI, 2008). As razões pelas quais os usuários de planos privados buscam os procedimentos de maior densidade tecnológica no sistema público estão nos altos custos desses serviços, o que leva à falta de oferta pelos planos privados (CONASS, 2009). Pra se ter uma idéia, um transplante de pulmão tinha, em 2002, um custo de aproximadamente 50 mil reais; um tratamento de terapia renal substitutiva pode custar no mercado privado em torno de 5 mil reais por mês; e os custos de certos medicamentos de dispensação em caráter excepcional também são altíssimos (VIANNA et al., 2005, *apud* BRASIL, 2007, p.58).

Contudo, os segmentos de classe média não se retiram totalmente do SUS porque, por razões diferentes, compõem uma cesta de consumo mista, em que o SUS é usado em dois pólos: o mais simples, nas imunizações, e o mais denso tecnologicamente, representado por serviços de Alta Complexidade que não são ofertados pelo sistema privado nem podem ser custeados diretamente pelas famílias, por apresentarem custos elevados (*idem*, *ibidem*). É o caso de alguns programas de excelência do SUS, como o Programa Nacional de Imunizações, o Sistema Nacional de Transplantes e o Programa e Controle de HIV/AIDS. Esses programas, por incorporarem segmentos de classe média, constituem nichos de universalização no SUS e, por essa razão, dificilmente serão subfinanciados. Essa é uma das razões principais de seus êxitos (BAHIA, 2005).

Pelo Cadernos de Informações em Saúde do Município de Rio Negrinho (2009), podemos avaliar a evolução do investimento em Saúde do município, a partir de dados de 2004 a 2007, conforme pode ser consultado na Tabela 4. Analisando-se essa tabela, pode-se observar que houve um aumento de 49,59% da *despesa total com saúde* no município nesse período. Historicamente, os gastos em Saúde crescem constantemente em razão da existência de forças expansivas e de problemas estruturais do sistema: devido à transição demográfica as populações envelhecem e aumentam sua longevidade e os gastos em Saúde são maiores nos mais velhos; a transição epidemiológica proporcionada pelo envelhecimento populacional aumenta o índice de doenças crônicas, em relação às quais os gastos também são maiores; a esses fatores se somam, principalmente nos países em desenvolvimento, as doenças infecciosas re-emergentes e emergentes; há ainda, um processo de incorporação tecnológica constante que se faz, cada vez mais, por meio de tecnologias de maior densidade, cujos custos também são cada vez maiores (BAHIA, 2005).

**Tabela 4 - Investimento em saúde em Rio Negrinho, entre 2004 e 2007.**

<b>Dados e Indicadores</b>	<b>2004</b>	<b>2005</b>	<b>2006</b>	<b>2007</b>
<b>Despesa total com saúde por habitante (R\$)</b>	<b>180,87</b>	<b>206,34</b>	<b>233,04</b>	<b>265,56</b>
Despesa com recursos próprios por habitante	121,78	140,38	164,46	190,20
<b>Transferências SUS por habitante</b>	<b>62,77</b>	<b>65,44</b>	<b>79,26</b>	<b>88,87</b>
% despesa com pessoal/despesa total	49,2	51,5	55,1	51,2
% despesa com investimentos/despesa total	2,9	2,8	2,9	1,7
% transferências SUS/despesa total com saúde	34,7	31,7	34,0	33,5
<b>% de recursos próprios aplicados em saúde (EC 29)</b>	<b>24,3</b>	<b>24,5</b>	<b>27,4</b>	<b>25,8</b>
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica/despesa total	18,2	16,8	16,7	19,0
<b>Despesa total com saúde</b>	<b>7.497.766,64</b>	<b>8.975.846,00</b>	<b>10.379.951,00</b>	<b>11.216.382,00</b>
Despesa com recursos próprios	5.048.510,48	6.106.367,52	7.325.379,85	8.033.282,00
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	20.764.520,62	24.884.948,00	26.713.335,00	31.179.199,00
Transferências SUS	2.602.092,16	2.846.682,00	3.530.441,00	3.753.506,00
Despesa com pessoal	3.688.190,26	4.618.186,00	5.715.526,00	5.736.956,00

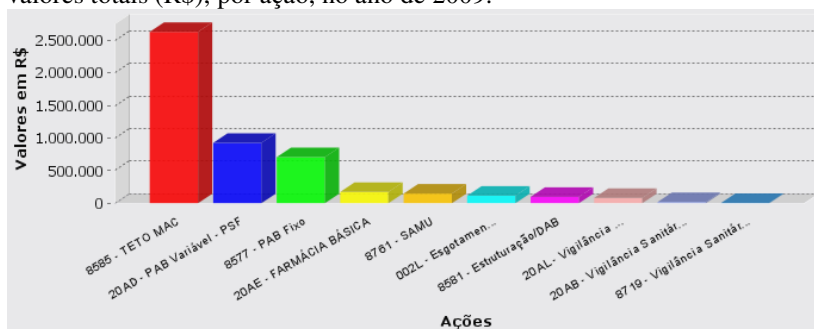
Fonte: CADERNOS/RN (2009)



A Emenda Constitucional nº 29 (EC 29) estabelece o mínimo a ser aplicado em ações e serviços de saúde pelos governos municipais e estaduais e pela União: para os Estados, o mínimo é de 12% das receitas próprias e, para os municípios, 15% das receitas próprias. No caso da União, o limite mínimo de gasto foi estabelecido como o valor empenhado em 1999, acrescido de 5% e, nos anos subsequentes, da variação nominal do Produto Interno Bruto (CONASS, 2009). Pela tabela, observa-se que o investimento na Saúde com recursos próprios do município de Rio Negrinho foi em média de 25,5% nesse período, sendo, portanto, mais de 10% superior ao limite mínimo estabelecido pela EC 29, o que pode indicar um maior comprometimento do município com o campo da Saúde Pública. Esse maior comprometimento foi apontado pelos representantes da Secretaria de Saúde entrevistados, conforme abordaremos em um tópico posterior.

Para o ano de 2009, foram repassados R\$ 4.906.232,18 (R\$ 109,92/habitante) pelo Governo Federal ao Fundo Municipal de Saúde do Município de Rio Negrinho (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, 2010). Os valores totais desse recurso para cada tipo de ação, aplicados durante este mesmo ano, podem ser consultados no Gráfico 2.

**Gráfico 2** - Recursos do Governo Federal repassados a Rio Negrinho, em valores totais (R\$), por ação, no ano de 2009.

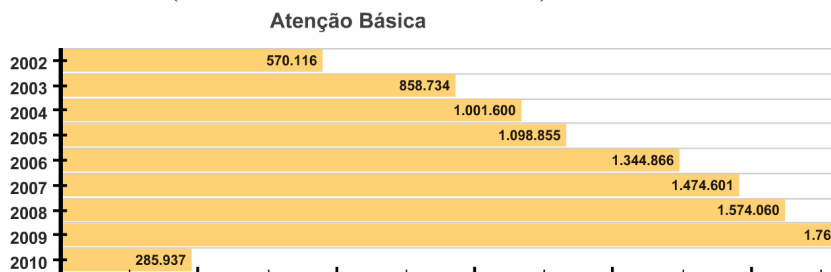


Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS (2010)

Desses recursos, R\$ 1.761.950,52 (35,91%) foram investidos na Atenção Básica, sendo R\$ 770.402,52 (14,41%) destinados ao Piso da Atenção Básica fixo (PAB fixo) e R\$ 991.548,00 (18,86%) foram destinadas ao Piso de Atenção Básica Variável – Saúde da Família (PAB Variável – PSF), os quais caracterizam os principais focos de investimento na Atenção Básica nos municípios, enquanto que R\$ 2.846.516,34 (58,01%) foram divididos entre os procedimentos em Média e Alta Complexidade (TETO MAC). A evolução dos investimentos

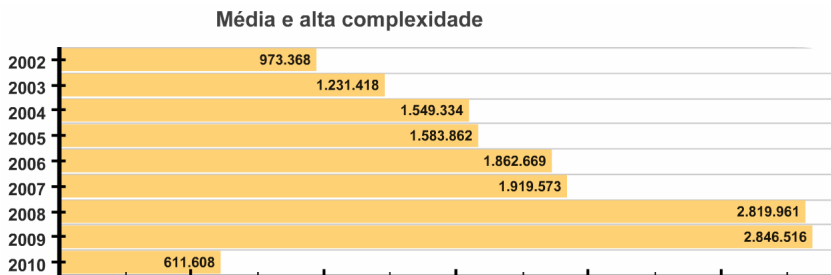
na Atenção Básica e nos Procedimentos de Média e Alta Complexidade no Município de Rio Negrinho, durante o período de 2002 a 2009, pode ser consultada nos Gráficos 3 e 4, respectivamente.

**Gráfico 3 - Financiamento da Atenção Básica em Rio Negrinho pelo Governo Federal (transferência direta fundo a fundo) – valores em mil.**



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS (2010)

**Gráfico 4 - Financiamento da Média e Alta Complexidade em Rio Negrinho pelo Governo Federal (transferência direta fundo a fundo) – valores em mil.**



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS (2010)

A distribuição equilibrada de investimento nas ações de Atenção Básica, Média e Alta Complexidades é essencial para o bom desempenho do sistema de saúde a nível local (SANTOS *et al.*, 2008). Os números apresentados nos gráficos anteriores refletem um crescente aumento no investimento em Saúde no Município de Rio Negrinho. Assim, de 2002 a 2009, houve um aumento de 32,35% dos recursos recebidos pelo município destinados à Atenção Básica e de 34,19% destinados às ações de Média e Alta Complexidade.

Segundo análises sobre o financiamento na saúde no Brasil (VIANNA *et al.*, 2005, *apud* BRASIL, 2007), o aparente aumento no financiamento de ações de Média e Alta Complexidade pelo Governo Federal escondem a situação preocupante do forte sub-financiamento de

ações da Média Complexidade, havendo uma “*migração interna dos recursos para os procedimentos de alta complexidade*” (p.85). O subfinanciamento dessas ações parece estar acontecendo no SUS e tem repercussões na eficiência dos gastos, na oferta de serviços e na qualidade da assistência à saúde. Uma fonte de constantes reclamações da população em relação ao SUS está na dificuldade de se obter consultas médicas e exames especializados em tempo oportuno, serviços da Média Complexidade.

Essa também é uma situação comum em Rio Negrinho, conforme nos apontaram os sujeitos de pesquisa entrevistados. Sabe-se que há fortes restrições a internações em procedimentos de Média Complexidade. Tudo isso parece estar associado à insuficiência dos recursos despendidos nessa área. Além disso, a restrição de recursos nesses procedimentos faz com que os valores pagos aos prestadores desses serviços, pelo SUS, estejam muito defasados e sofram dificuldades para serem reajustados. É o caso dos procedimentos de Média Complexidade no âmbito hospitalar. De uma certa forma, “*a Média Complexidade é um dos grandes gargalos do SUS*” (WOSNY, 2009).

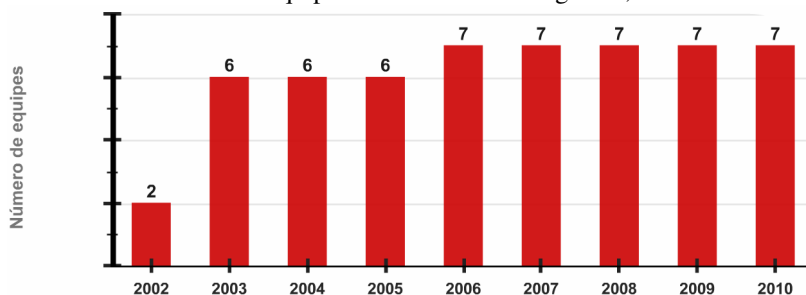
Os recursos federais do Ministério da Saúde, que são o mais importante financiamento para a Média Complexidade, caíram, em termos percentuais, no componente dessas ações, de 78,49% em 1999 para 59,12% em 2005, uma queda muito acentuada num período muito curto. Já os gastos do SUS per capita em procedimentos de Alta Complexidade, cresceram de 24,31 reais em 1995 para 29,82 reais em 2003, um crescimento de 22,6% no período (VIANNA et al., 2005, *apud* BRASIL, 2007).

Para Bahia (2005), “*o aumento das expectativas da população e dos profissionais, a fetichização desses procedimentos de alta complexidade, a ideologia flexneriana da prática médica e, sobretudo, a eficácia da articulação de interesses dos profissionais de saúde de mais prestígio social, da indústria biomédica, da indústria farmacêutica, dos prestadores de serviços de maior densidade tecnológica e de grupos de usuários mais organizados*” (p.89) favorecem uma concentração relativa dos recursos na Alta Complexidade.

Por outro lado, a partir do Gráfico 3, observa-se que, nesse período, houve também um aumento nos recursos federais destinados à Atenção Básica de Rio Negrinho (32,35%). A Atenção Básica, conforme preconizada pelo Ministério da Saúde, deve ter a Estratégia Saúde da Família (ESF) como sua principal porta de entrada no sistema de saúde (BRASIL, 2004). O Município de Rio Negrinho implementou a Estratégia Saúde da Família somente em 2002, contando atualmente com 7

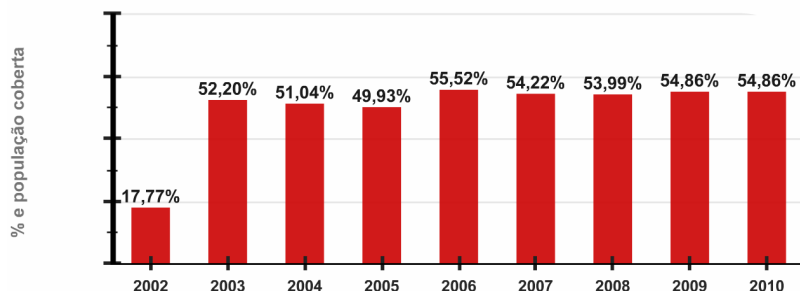
equipes de Saúde da Família, que cobrem 54,83% da população. Conta também com 5 Equipes de Saúde Bucal e 36 ACS, que cobrem, respectivamente, 78,4% e 47,02% da população do município. O número de equipes de ESF, assim como a evolução de sua cobertura populacional, em Rio Negrinho, desde 2002, podem ser consultados nos Gráficos 5 e 6, respectivamente.

**Gráfico 5** – Número de equipes de ESF em Rio Negrinho, desde 2002.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS (2010)

**Gráfico 6** – População coberta pela Estratégia Saúde da Família em Rio Negrinho, desde 2002.



Fonte: MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS (2010)

Analisando-se os gráficos 5 e 6, evidencia-se a nítida relação entre o número de equipes de ESF e a porcentagem de população coberta. Nos últimos anos, a ESF vem sendo considerada a estratégia prioritária do governo para a reestruturação, não apenas da Atenção Básica, mas também de todo o modelo assistencial (STARFIELD, 2002; PAIM, 2006; BRASIL, 2007), sendo a responsável pela ampliação do acesso de grande número de usuários ao sistema de saúde, tanto por ações de promoção da saúde, quanto por ações de prevenção e tratamento de doen-

ças.

Os impactos da ESF na saúde da população, em geral, são realmente consideráveis. Macinko (2002), estudando a redução da taxa de mortalidade infantil brasileira, entre 1990 e 2002, de 49,7 para 28,9 óbitos, por mil nascidos vivos, verificou que a cada 10% de aumento de cobertura da ESF, a mortalidade infantil cai 4,6%, sendo o fator isolado que apresentou maior impacto dentre todos os fatores estudados, a saber: o aumento também de 10% no acesso a água potável (queda de 2,9%); no número de leitos hospitalares (1,4%); no número de médicos (0,2%).

Santa Catarina é hoje o primeiro Estado do país a contar com a Estratégia Saúde da Família em todos os municípios. A conquista foi oficializada em outubro de 2009, a partir do credenciamento, junto ao Ministério da Saúde, de equipes em Mirim Doce, única cidade que ainda não possuía a estratégia. Se Santa Catarina tem mantido, nos últimos anos, um dos menores índices de mortalidade infantil do País, com percentual próximo aos 11%, isso é mérito inegável das equipes de Saúde da Família. A participação do Governo do Estado de Santa Catarina no financiamento da Atenção Básica, focalizando a ESF, tem evoluído consideravelmente. Nos últimos três anos foram repassados aos municípios, para co-financiamento da Atenção Básica, R\$ 42 milhões. Em 2010, estão sendo repassados R\$ 28 milhões e para 2011 a previsão é de R\$ 35 milhões. Para se ter uma idéia, para valorizar as equipes da Estratégia Saúde da Família, a Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina distribuiu, entre as que mais se destacaram, R\$ 660 mil somente em 2009 (SANTOS, 2009).

Por outro lado, apesar desse incremento do investimento na Atenção Básica em Santa Catarina e do aumento no recurso do Governo Federal destinado a essas ações em Rio Negrinho, percebe-se que, após implementadas as duas primeiras ESF no município, em 2002, e seu posterior aumento para 6 equipes em 2003, o número de equipes se manteve quase o mesmo, não acompanhando o crescimento do investimento no mesmo período. Esse incremento na ESF poderia significar maior qualidade da assistência e a ampliação da cobertura da população, que se encontra, hoje, em 54,86%, um valor abaixo da média de cobertura por ESF no Estado de Santa Catarina (68,68%).

Essa aparente tendência de estagnação da Atenção Básica em Rio Negrinho pode ser evidenciada também pelo número de ACS que, em 2002, eram 26 e cobriam 38,51% da população, aumentando para 36 em 2006, seguindo com esse número até hoje, apresentando uma cobertura atual de apenas 47,02% da população (CADERNOS/RN 2009). De acordo com Repasse da Atenção Básica em Santa Catarina (2010), o

Teto de Equipes de Saúde da Família (SF) e Saúde Bucal (SB), que se refere ao número total de equipes de SF e de SB, aprovadas pelo Ministério da Saúde para receber incentivo financeiro federal, é de até 18 equipes para a população atual. No município existem, porém, apenas 13 equipes (7 ESF e 5 SB). Ou seja, ainda se poderia ampliar o número de equipes em 5, uma ampliação de 38,46% nesse número, o que significaria um considerável aumento da cobertura da população do município por essas equipes.

#### **4.1.2 A Unidade de Saúde de Volta Grande (USVG-SF)**

A assistência à saúde no Distrito de Volta Grande inicia-se em uma casa da CVG - Companhia Volta Grande de Papel (anteriormente era denominada de LOSA- Luiz Olsen S/A) - fabricante de papel celulose. Nesse local, uma auxiliar de enfermagem morava e atendia a população em um cômodo da casa. Recebia salário pela prefeitura e o atendimento médico era feito duas vezes por semana por médicos da companhia. Posteriormente, houve a doação deste terreno pela CVG, onde foi construída a Unidade de Atendimento Médico (hoje, Unidade de Saúde de Volta Grande, a qual trabalha na lógica da Saúde da Família – USVG-SF) pela administração do Prefeito Guido Rückl, sendo inaugurada em 10 de dezembro de 1991. A estrutura física também abrigava o posto policial e a administração do Distrito. Em setembro de 2004, na administração do Prefeito Almir José Kalbusch, foi re-inaugurada a USVG-SF, a partir da ampliação da unidade, sendo essa desvinculada da administração distrital e do posto policial (FARIA, 2008).

Atualmente, a USVG-SF possui prédio próprio em uma área construída num total de 188 m<sup>2</sup>, dispondo de consultório médico, odontológico e de enfermagem, além de dependências para: espera, curativo, nebulização, imunização, esterilização, expurgo, observação, pequenas cirurgias, farmácia, arquivo de documentação, almoxarifado, depósito, recepção, sala de reunião/ACS, copa/cozinha, escovação dentária e lavagem de materiais. Possui ainda uma ambulância e um carro próprios (Figura 5).

A USVG-SF está estruturada na lógica do trabalho multidisciplinar, realizado por uma equipe composta por uma médica, um enfermeiro, um odontólogo, duas auxiliares de enfermagem, duas técnicas de enfermagem, quatro agentes comunitários de saúde (ACS), uma auxiliar de consultório dentário e uma auxiliar de serviços gerais, sendo que cada um desenvolve atribuições específicas na dinâmica da Unidade.

**Figura 5** - Unidade de Saúde de Volta Grande, ambulância e carro.



Fonte: Faria (2008)

Visto que a USVG-SF está vinculada à Secretaria de Saúde de Rio Negrinho, compete a essa secretaria a regulação do provimento dos recursos humanos, em termos de quantidade, qualificação e disponibilidade para os serviços prestados na unidade, obedecendo aos princípios legais de contratação de pessoal para o serviço público. O quadro dos profissionais da Unidade, com seu vínculo jurídico, jornada e horário de trabalho, assim como seu nível de formação, pode ser consultado no Quadro 3.

A partir do Quadro 3 e em consonância com as informações obtidas junto aos profissionais entrevistados, consideramos que a USVG-SF dispõe de uma equipe bem diversificada, contando com profissionais bem qualificados formalmente. Porém, a partir de nossos dados, não podemos dizer se são adequadamente qualificados para o trabalho conforme preconizado em uma Estratégia Saúde da Família, nem tampouco se estão aptos ao trabalho com realidade do campo, visto que essa singularidade exige dos profissionais de saúde uma formação diferenciada (CAMPOS, 2008).

Essa questão da formação para o trabalho na ESF é tema de grandes discussões no âmbito da Saúde Pública brasileira, visto que grande maioria dos médicos de família das quase 31.000 equipes de Saúde da Família pelo Brasil, quanto à capacitação, não tem formação focada em medicina de família (BRASIL, 2007; MACHADO, 2000), sendo levantados muitos questionamentos sobre sua competência para o trabalho em ESF. Essa preocupação se reflete também quanto à formação do profis-

sional de nível técnico, a qual vem ocorrendo predominantemente no setor privado (80% dos estabelecimentos), sem que haja nenhum tipo de regulação por parte do SUS, gerando a indagação se a competência e o perfil desses trabalhadores atende ao sistema público de saúde (CAMPOS, 2008).

**Quadro 3 -** Características dos profissionais da Unidade de Saúde de Volta Grande.

Função	Quantidade	Formação	Vínculo jurídico	Jornada semanal	Horário de trabalho
Enfermeiro	01	Pós- graduação	Celetista	40 horas	#07:00 as 11:30 12:30 as 17:00
Médica	01	Nível Superior	Celetista	40 horas	#07:00 as 11:30 12:30 as 17:00
Odontólogo	01	Nível Superior	Celetista	40 horas	#07:00 as 11:30 12:30 as 17:00
ACS (Agente Comunitário de Saúde)	04	Nível Médio	Celetista	44 horas	07:30 as 11:30 12:30 as 17:00
Auxiliar de Enfermagem	02	Nível Médio	Concurso Público	44 horas	07:30 as 11:30 12:30 as 17:00
Técnica de Enfermagem	01	Nível Médio	Concurso Público	44 horas	07:30 as 11:30 12:30 as 17:00
Técnica de Enfermagem	01	Nível Médio	Celetista	44 horas	07:30 as 11:30 12:30 as 17:00
Auxiliar de Serviços Gerais	01	Nível Médio	Concurso Público	44 horas	07:00 as 11:30 12:30 as 16:30
ACD (auxiliar de consultório dentário)	01	Nível Médio	Celetista	44 horas	07:30 as 11:30 12:30 as 17:00

**Nota:** # Médica, enfermeiro e odontólogo com jornada de 9 horas ficando 1 hora como banco de horas.

Fonte: Faria (2008)

Isso leva a questionar se os profissionais de saúde da USVG-SF dispõem de formação apropriada ao trabalho em uma ESF, e, principalmente, voltada ao contexto rural, onde se insere a Unidade. Essa formação deve levar em conta o enfoque familiar, o qual pressupõe a “*consideração do indivíduo em seu ambiente cotidiano, sendo que a avaliação*”



*das necessidades de saúde deve considerar o contexto familiar e a exposição a ameaças à saúde de qualquer ordem, além do enfrentamento da questão dos recursos familiares limitados*” (STARFIELD *et al.*, 2003:487, *apud* BRASIL, 2007), e não apenas, seguindo o modelo de formação biomédico convencional, tecnicista e “*biologicamente centrado*” (idem, *ibidem*). Não que sejam competências excludentes, mas a “*ruptura com a lógica biomecanicista não está colocada nas graduações em saúde*” (ROS, 2009, p.232), sendo, porém, essencial para o trabalho na Saúde da Família.

Um olhar mais atento para o Quadro 4 nos revela que a maioria dos profissionais da USVG-SF possui vínculo celetista, cujo regime é de natureza contratual, em que o servidor não adquire estabilidade no cargo. Essa situação pode ter como consequência a alta rotatividade dos profissionais, o que pode resultar em insatisfação e dificuldades no relacionamento, tanto por parte dos profissionais, quanto pelos usuários da Unidade (STARFIELD, 2002).

O problema do aumento de vínculos “precários” de trabalho no SUS foi apontado pelo estudo “Monitoramento da Implementação e do Funcionamento das Equipes de Saúde da Família”, realizado em 2001-2002, pelo Departamento de Atenção Básica (DAB) do Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), em que, 20% a 30% de todos os trabalhadores inseridos nessa estratégia, apresentaram vínculos precários de trabalho, contribuindo para a alta rotatividade e a insatisfação profissional. O caso dos agentes comunitários de saúde (ACS) é ainda mais complexo, pois a maioria dos 190 mil trabalhadores em atividade no País apresenta inserção precária no sistema e está desprotegida em relação a legislação trabalhista. Mesmo com todas as ações judiciais por iniciativa do Ministério Público do Trabalho e todas as alterações da legislação em 2005-2006, o problema continua quase inalterado.

A USVG-SF, em acordo com as diretrizes da Secretaria de Saúde de Rio Negrinho, propõe-se a seguir os principais programas e políticas preconizados pelo Ministério da Saúde, utilizando vários de seus instrumentos para acompanhamento e planejamento das ações, como o HIPERDIA, o SISVAN, o SISPRENATAL etc.<sup>15</sup> -, buscando seguir as

---

<sup>15</sup> O HIPERDIA, Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos, se destina ao controle e acompanhamento da população hipertensa e diabética, assim como a garantir o seu recebimento dos medicamentos prescritos, à construção de seu perfil epidemiológico e o planejamento das estratégias de intervenção pelos gestores e profissionais de saúde; o SISVAN, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional, é um instrumento para obtenção de dados para o monitoramento do estado nutricional e do consumo alimentar dos usuários das Unidades Básicas de Saúde; e o SISPRENATAL, Sistema de Acompanhamento do

normas e protocolos nas grandes áreas prioritárias, como a Saúde do Idoso, Saúde da Mulher, Saúde da Criança etc. Na Unidade, realizam-se consultas e procedimentos médicos, de enfermagem e odontológicos. Ainda ocorrem pré-consulta, limpeza e esterilização de materiais, curativos, retiradas de pontos, aplicação de medicações, pequenas cirurgias, vacinas, visitas domiciliares, atividades educativas, vigilância sanitária e epidemiológica, coleta de exames laboratoriais e agendamento de consultas e carros para os usuários, distribuição de medicamentos (Quadro 4).

**Quadro 4 –** Relação das ações ofertadas na Unidade de Saúde de Volta Grande (USVG-SF).

<b>Ações</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
Pequenas cirurgias	X	
Curativos	X	
Aplicação de injeção	X	
Imunização	X	
Nebulização	X	
RX odontológico	X	
Coleta de exames laboratoriais	X	
Coleta de Papa Nicolau	X	
Consulta clínica	X	
Consulta pediátrica		X
Consulta ginecológica		X
Consulta odontológica	X	
Consulta de enfermagem	X	

Fonte: Faria (2008)

Pelo Quadro 4, observa-se que a USVG-SF não oferece atendimento ginecológico nem pediátrico. Estes serviços são ofertados somente nos estabelecimentos de saúde da região central do município. Em 1984, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), inaugurando um novo espaço para tratar da saúde da mulher, sendo que esse novo programa “*incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir*

---

Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento é um instrumento para a obtenção de dados que tem por objetivo auxiliar no desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, 2010).

*do perfil populacional das mulheres”* (CONASS, 2009).

A ausência de profissionais especificamente voltados à realidade da mulher e da criança não é exclusividade da USVG-SF, sendo uma situação bastante comum na realidade das unidades de saúde inseridas nas regiões interioranas brasileiras. Para se ter uma idéia, o atendimento ginecológico só é ofertado em 33,3% dos postos em funcionamento próximos aos acampamentos e em 25,6% dos postos próximos aos assentamentos (UnB, 2001).

A importância situação pode ser exemplificada pelos dados a seguir: em 2004, a mortalidade neonatal (até 27 dias de vida), associada ao acesso e qualidade dos serviços de saúde – pré-natal, hospitais, maternidades –, respondia por 57% das mortes de menores de um ano (30.900 óbitos). Não obstante a queda acentuada nesse índice, em 2006, morreram 1.153 crianças menores de um ano por diarreia e 409 por desnutrição. Chama a atenção a morte de 57 crianças por sífilis congênita, o que denota a falta de acesso – ou qualidade – do pré-natal (CONASS, 2009)

Esse é um problema a ser superado, pois atendimentos ginecológicos e pediátricos são ações da Atenção Básica que devem ser garantidos a todas às mulheres e crianças. Além disso, existem diversas situações em que a mulher necessita ser orientada e acompanhada, áreas que precisam expandir, no sentido de atender a casos como: infertilidade e reprodução assistida, saúde na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, doenças infecto-contagiosas, bem como nas questões relacionadas à discriminação sexual e racial (SANTOS, 2009; CONASS, 2009).

Na USVG-SF, há uma Área de Abrangência, sob a responsabilidade da equipe, à qual compete a resolução dos agravos à saúde que acometem os membros desse território, bem como a prevenção desses agravos e à promoção da saúde. Dessa forma, a população residente na Área de Abrangência, denominada *população adstrita*, é o alvo de atuação da USVG-SF, sendo sua competência a assistência à saúde dessa população.

A Área de Abrangência da USVG-SF (normalmente referida como “Vila” ou “Volta Grande” pelos profissionais e usuários da Unidade) inclui geograficamente a Vila de Volta Grande e a Vila de Cerro Azul, regiões interioranas do Município de Rio Negrinho, as quais são divididas em um total de quatro microáreas, sendo cada uma dessas microáreas assistida por um Agente Comunitário de Saúde (ACS), contando a Área de Abrangência com mais de 500 famílias, num total aproximado de 1800 pessoas.

Há ainda uma população de aproximadamente 2.600 pessoas que

fazem parte da Área de Influência da Unidade (normalmente referida como “*interior*”), a qual não é coberta pelos ACS, mas que, devido a vários fatores, como distância (primeira opção para atendimento), acabam procurando assistência na Unidade. São casos de pessoas residentes em 12 localidades próximas, 2 acampamentos e 4 assentamentos do entorno, dentre os quais, encontra-se o Assentamento Butiá, objeto deste estudo. A Unidade atende, portanto, um contingente aproximado de 4.400 pessoas, um número superior ao limite máximo estabelecido para o trabalho de uma equipe de Saúde da Família (4000 pessoas) (BRASIL, 2007).

Como essa questão do grande número de usuários da USVG-SF é um tema de grande relevância para entendermos a problemática da relação entre os assentados de Butiá e o Sistema de Saúde em Rio Negrinho, deixaremos para discutir essa questão num tópico posterior, onde incluiremos os depoimentos de nossos sujeitos de pesquisa.

#### **4.2. O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA ENTRE OS ASSENTADOS DE BUTIÁ**

Inicialmente, ressaltamos que não foi objeto deste estudo traçar um perfil epidemiológico dos assentados de Butiá, o que caberia a um estudo de base estatística cujo delineamento se diferencia largamente de nossa proposta. Assim, pretendemos apresentar, num primeiro momento, uma visão geral sobre os principais problemas de saúde dos assentados, para, em seguida, podermos aprofundar e discutir algumas de suas percepções acerca de seus processos de saúde e doença, e, posteriormente, discutirmos algumas das percepções que têm os gestores e os profissionais de saúde acerca desses processos vivenciados por essa população.

##### **4.2.1 Problemas de saúde entre os assentados de Butiá**

A partir das informações obtidas junto aos sujeitos da pesquisa e das informações obtidas diretamente na USVG-SF, podemos apontar que os problemas de saúde mais freqüentes, entre os assentados, são aqueles decorrentes das precárias condições de vida em que se encontram. Problemas freqüentes no âmbito da Saúde Coletiva, tais como: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, subnutrição infantil, problemas respiratórios, infecto-parasitários e problemas bucais em geral, além de problemas ligados à realidade social excludente e marginalizada a que estão expostos, como o tabagismo, o alcoolismo, a gravidez na adolescência etc. (BERGAMASCO, 1997; ANDRADE, 2004; CARNEIRO, 2007). Os relatos dos profissionais da USVG-SF ilustram bem estes

problemas:

seriam assim, mais os problemas ligados à Saúde Pública.. Claro, mas assim, de..., sanitários.., assim.., água, o próprio banheiro, que assim, acabam levando à falta de higiene, e daí a falta de higiene traz a verminose, traz a sarna, a escabiose, o próprio piolho... doenças respiratórias... (*Prof.2*)

e não que sejam doenças graves, mas são problemas de Saúde Pública: verminoses, escabiose, piolho mesmo, sarna, vermes.... (*Prof.1*)

então assim, o problema, o quê que tá acontecendo? Sua casa pega vento e tal? Então assim, é fumante, é barraco, então assim, por serem casas não tão(!) boas(!), são barracos, o vento, a fumaça, acaba causando bronquite, pneumonia, e problemas respiratórios mesmo.... por aí! (*Prof.1*)

Segundo um levantamento realizado pelas próprias lideranças Sem Terra nos assentamentos do entorno de Volta Grande e conforme nos relataram os assentados nas entrevistas, a depressão é um dos grandes problemas de saúde entre eles, sendo que as deficiências nutricionais e as verminoses são os problemas que mais atingem as crianças assentadas. Relatam ainda a grande incidência de hipertensão e diabetes:

no diagnóstico que a gente fez há uns 4 meses atrás.., apareceu bastante a depressão!!! (*S.T.3*)

Nós fizemos um levantamento, né!?!.. mas ainda é a depressão.. e a questão assim, da deficiência, né!? As crianças com desnutrição... deficiência e verme.. e foram o que mais teve procura.. emergência.. até teve 2 casos de ataque, né!? E ataque mesmo de depressão.. e isso acontece várias vezes! A pessoa.. sair(!), né!? (*S.T.7*)

tem bastante hipertensos, né!?!.. diabético(!).. daí seria mais nessa área aí!.. tem também alguns casos mais graves.. assim, que são mais.. mas são poucos, também, né!? (*S.T.6*)

Estes relatos dos profissionais e dos assentados, de certa forma, coadunam com os achados no diagnóstico realizado pelo Núcleo de Estudos de Saúde Pública, da Universidade de Brasília (NESP/UnB), em

parceria com o Coletivo Nacional de Saúde, do MST (UnB, 2001), em que verificaram que os problemas respiratórios, dermatológicos e infecto-parasitários foram os mais prevalentes entre os Sem Terra pesquisados, principalmente na população de menor faixa etária, alterando-se esse quadro com o avançar da idade para doenças cardiovasculares e osteo-musculares, em especial, problemas de coluna. Nesse estudo, os pesquisadores associaram esse perfil epidemiológico às suas condições de vida e trabalho, ao freqüente uso de querosene e óleo diesel como combustível (problemas respiratórios), bem como à exposição aos agrotóxicos.

Segundo o “*ranking*” dos “*principais fatores de risco e mortes atribuíveis nas Américas*”, para o ano de 2000, da Organização Mundial da Saúde (OMS, 2008), o tabagismo encabeça a lista como o principal fator, estando associado a mais de 900 mil mortes/ano nas Américas, seguido da hipertensão, sobrepeso, colesterol, alimentação deficiente em frutas e legumes, álcool, sedentarismo, sucessivamente.

Essa convergência entre os problemas de saúde encontrados no Assentamento Butiá e aqueles referidos em outros tantos assentamentos e acampamentos por todo o Brasil (UnB, 2001) e em outros países americanos (OMS, 2008), não é mera coincidência. Tal convergência reflete a constatação da intrínseca relação entre a maneira como se organiza e se desenvolve uma determinada sociedade e a situação de saúde de sua população (BUSS, 2007). É a presença viva dos Determinantes Sociais de Saúde (DDS) influenciando a ocorrência dos problemas de saúde. Ora, se estas populações enfrentam similares fatores determinantes, quer sejam sociais, econômicos, culturais etc., os problemas de saúde também serão similares (CNDSS, 2008).

A forte relação entre as baixas condições de vida e os problemas de saúde pode ser mais bem compreendida a partir do exemplo do tabagismo. O tabagismo é um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. No Brasil, estima-se que o cigarro seja causa de cerca de 200 mil mortes por ano. O fumante tem cerca de uma em três chances de morrer prematuramente de uma complicação decorrente do tabagismo, que é a principal causa prevenível de morte nos países desenvolvidos (OMS, 2008).

Comparando-se dois inquéritos nacionais (Pesquisa Nacional de Saúde – PNS/1989 e Pesquisa Mundial de Saúde – PMS/2003, *apud* CNDSS, 2008), observa-se que houve redução importante no hábito de fumar, em todas as faixas etárias, em ambos os sexos e no meio urbano e rural. No entanto, observam-se desigualdades na intensidade da redução, de acordo com o poder aquisitivo e a escolaridade. No caso do poder

aquisitivo, o padrão foi semelhante em homens e mulheres: quanto menor a renda, menor a intensidade da redução; já para escolaridade, as diferenças foram mais acentuadas nas mulheres: quanto menor a escolaridade, menor a redução. As mulheres com escolaridade igual ou menor a quatro anos apresentaram o dobro da prevalência de tabagismo comparado com aquelas com escolaridade entre 9 a 11 anos de estudo.

Um outro estudo (*Pesquisa Mundial Saúde/Brasil 2003, apud CNDSS, 2008*) revelou que o percentual das pessoas que fumam diariamente decresce com o aumento do número de bens no domicílio. Entre os que tinham de 0 a 3 bens, o percentual era de 23,5%, caindo para 17% entre os que tinham de 4 a 7, e para 11,9% entre os que tinham 8 ou mais bens em seu domicílio.

Transpondo essas considerações para o Assentamento Butiá, em que prevalecem baixos índices de escolaridade (somente 14% haviam completado a quinta série), em que muitas famílias dependem de trabalhos externos para complementar a renda familiar - grande parte subsistindo com a queima do carvão e outras ainda trabalhando com o cultivo do tabaco (INCRA, 2007) -, pode-se compreender por que o tabagismo está fortemente presente entre os problemas de saúde no assentamento.

Essa reflexão sobre a relação entre o tabagismo e as condições de vida, ressalvadas as proporções, podem ser extrapoladas para vários dos problemas de saúde vivenciados pelos assentados de Butiá, como o alcoolismo, o diabetes, as doenças infecto-parasitárias, as deficiências nutricionais etc., determinados e condicionados pelas precárias condições de vida em que se encontram (LEMONS, 2005; BUSS, 2007; CAVALCANTE, 2008). Essa relação é percebida, embora de forma diversa, entre os sujeitos do nosso estudo, conforme veremos a seguir.

#### **4.2.2 Percepções dos assentados**

De uma maneira geral, os assentados associam seus problemas de saúde às más condições de vida e às carências econômicas em que se encontram, sendo capazes de relacionar as causas de muitos de seus problemas às dificuldades vivenciadas em seu dia-a-dia, comuns ao modo de vida e de produção peculiares à realidade do campo, demonstrando uma visão de seus processos saúde-doença que se aproxima ao conceito ampliado de saúde postulado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CARNEIRO, 2007; CAVALCANTE, 2008), ao associá-los a vários dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), como alimentação, habitação, saneamento, trabalho, renda e até mesmo à história de vida dos indivíduos:

São várias coisas que provocam a doença.. imagina!.. pra você ter uma idéia.. nós por exemplo, temo uma dor de cabeça todo dia!.. você vai fazendo uma coisa e não sabe.. não tem garantia.. se vai colher.. se vai poder pagar sua dívida.. é uma dor de cabeça.. e se não dá no começo.. no final vai dar!.. (S.T.2)

pois veja bem.. como é que uma pessoa não vai ficar doente.. se ela trabalha o dia todo, e chega em casa cansada e com fome.. e não tem o que dá de comer pros filhos!? Aí começa dor de cabeça.., depressão, e tudo! (S.T.4)

Eu sei como é doído você chegar lá e puxar seu dinheirinho suado pra comprar um medicamento a 50, 100 reais.. isso deixa o cara mais doente ainda... que era dinheiro pra comprar comida! (S.T.7)

Eu acho que é devido ao saneamento.. a água não tratada.. já desde a qualidade de vida.. que não tem, né!?!.. (REFERINDO-SE AO PROBLEMA DE DESNUTRIÇÃO EM CRIANÇAS) (S.T.1)

Eu não sei bem certo.. mas eu acho que a pessoa já carece.. vem de.. anos(!).., né?!.. de.. atrás.. então vai.. adolescência meia reprimida.. né.. mais de jovens, né!?! (REFERINDO-SE À DEPRESSÃO) (S.T.5)

Para Cavalcante (2008), a concepção de saúde entre os Sem Terra se refere a *“essa capacidade de lutar contra tudo o que os agride e os ameaça, incluindo a doença, e é também resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais geram desigualdades no meio social”* (CAVALCANTE, 2008).

Essa visão abrangente do processo de saúde-doença evidenciada entre os assentados de Butiá parece dever-se à influência que exerce o MST na formação de uma consciência em saúde particular entre os Sem Terra (SHERER-WARREN, 2000; MORISSAWA, 2001; CAVALCANTE, 2008). Influência essa que ocorre pela atuação do Setor de Saúde do MST, o qual desenvolve diversas ações enfocando o tema da saúde junto ao seu contingente. Dentro desse Setor, existe um grupo de lideranças, denominado Coletivo Nacional de Saúde, organizado a



partir de uma oficina nacional realizada em Brasília, pelo MST, em 1998. Esse encontro contou com a participação de representantes de 23 estados brasileiros e nele foram definidos *“os princípios a serem utilizados na luta pela saúde, relacionados à educação, à produção, ao lazer, à moradia e também à luta pela terra, entendida como direito fundamental para que todos tivessem condições dignas de vida e bem-estar (Oficina –MST 1998)”* (CARNEIRO, 2007,p.44).

Conforme lembra Carneiro (2007), uma das linhas iniciais de discussão do Coletivo Nacional de Saúde do MST considerou o direito à saúde como conquista consagrada na Constituição de 1988, mas que não estava garantida na prática para quem vive no campo: “para se ter saúde é preciso que as condições de vida sejam garantidas: terra e trabalho; condições de moradia; educação de qualidade; alimentação saudável, sem venenos e conservantes; meio ambiente limpo e conservado; lazer e bem-estar etc.” (LUTAR, 2000, p.3).

Outra importante questão que se pode abordar a partir desses depoimentos dos assentados se refere ao impacto que tem a situação econômica em seu processo de saúde-doença, exemplificado quando se referem à dificuldade que têm em garantir o sustento da família, sendo essa dificuldade considerada um fator “provocador de doenças” entre eles. Também a própria despesa que têm com Saúde (no caso, com os medicamentos), que, por ser muito alta, se torna um fator que “deixa o cara mais doente ainda”.

Essa situação vivenciada pelos assentados de Butiá pode ser mais bem analisada se a relacionarmos com dados do IBGE (2003), referentes à composição dos gastos em saúde no Brasil. De acordo com esses dados, para aquele ano, a despesa familiar média mensal com saúde foi de R\$ 19,95 nas famílias que percebiam até 400 reais mensais e de R\$ 498,16 nas famílias com rendimentos médios mensais superiores a 6 mil reais. A composição relativa por itens de despesas, nas duas classes de renda polares, mostra diferenças significativas: os mais pobres gastam 39,2% da renda familiar com medicamentos (ou 73,4% de todos os seus gastos com saúde) e os mais ricos, 23,5%; os mais pobres gastam 9,1% com a Saúde Suplementar e os mais ricos 37,3%; os mais pobres gastam 5,5% com tratamentos ambulatoriais e os mais ricos 5,6%; os mais pobres gastam 3,2% com serviços odontológicos e os mais ricos 12,0%; os mais pobres gastam 0,2% com cirurgias e os mais ricos 11,7% (CNDSS, 2008).

Ainda a partir desses depoimentos, observamos a importância dada a um dos fatores relacionados com vários problemas de Saúde Pública no Brasil e, especialmente, na realidade do campo: o saneamento.

Trata-se de um dos determinantes históricos das condições de saúde no campo (WOSNY, 2009). Para os assentados, a água contaminada é um dos maiores causadores de doenças entre eles. Consideram que seus sistemas de coleta e armazenamento de água são inadequados, pois na maioria dos casos encontram-se expostos à contaminação pelos agrotóxicos utilizados na lavoura, sendo que, na visão deles, o papel de fiscalização das águas utilizadas e de sua estrutura de armazenamento deveria ser responsabilidade do Município, o qual não cumpre esse papel devidamente. Consideram que medidas mínimas de saneamento que fossem implementadas nos assentamentos já seriam suficientes para resolver grande parte de seus problemas de saúde:

O problema mais grave que eu acho nos assentamento é a água!..., porque..., todo mundo tinha que ter as água encamisada, os poços..., encamisado..., porque agente passa por aí e vê..., as pessoas plantam fumo, passam veneno pra secar o mato..., passam veneno pra limpar o milho..., essas coisas..., e o poço dele lá é aberto..., todo mundo vai tomar água... e essa briga aí é grande!.. que se tivesse um levantamento Municipal..., que viesse ver todas as águas..., mas o quê que custa botar um tubo lá pra encamisar o poço?!! (S.T.8)

o saneamento já ia ser uma coisa mínima!.. que resolveria um monte de problemas..., porque..., a maioria das coisas que dá é a água! A água contaminada deixa a pessoa doente, e ele não sabe o quê que tá acontecendo... (S.T.4)

Essa situação referida pelos assentados de Butiá é bastante comum na realidade de assentamentos e acampamentos em todo o Brasil. Segundo o relatório da UnB (2001), é baixo o percentual de assentamentos e acampamentos que possuem acesso à rede de abastecimento de água, sendo que 58,3% da população de assentados e 62,5% de acampados consomem água sem qualquer tratamento, o que reflete a inexpressiva cobertura de saneamento no meio rural. Além disso, a prática de descarte de lixo e dejetos a céu aberto é bastante corriqueira entre as populações assentadas e acampadas. Essa prática está diretamente associada à proliferação de animais transmissores de doenças, como verminoses, diarreias infecciosas, hepatite infecciosa, entre outras frequentes na realidade do campo.

Conforme o relatório do INCRA (2007) e das informações obtidas junto aos assentados, percebe-se que a realidade sanitária do assentamento Butiá reflete a situação de outros assentamentos e acampamen-

tos no Brasil, visto que: das trinta e nove famílias aí residentes, somente doze famílias possuem banheiro de alvenaria; as restantes têm uma privada de madeira fora de casa. Apenas duas famílias dos que possuem banheiro de alvenaria fizeram uma fossa séptica. O restante tem apenas uma fossa negra. A captação de água pelas famílias no assentamento Butiá é feita, em sua maioria, junto às nascentes, cujas águas nunca foram analisadas. Do total, vinte e cinco famílias captam por nascentes e o restante, por poços cavados. Do lixo orgânico gerado pelas famílias, parte é enterrada outra parte dado de alimento para os animais. O lixo reciclável é na sua maioria queimado. Quanto a vidros e latas, sempre passam pessoas para recolher. As embalagens de agrotóxicos são comumente recolhidas. O restante é queimado, o que diminui a proliferação de vetores de doenças no assentamento.

A partir da análise das entrevistas, pode-se afirmar que os assentados, de uma maneira geral, avaliam negativamente sua condição de vida e saúde e associam muitos de seus problemas de saúde à forma de trabalho a que muitas vezes se submetem devido às dificuldades econômicas em que vivem, visto que muitas vezes não encontram alternativas a não ser trabalharem em atividades insalubres e penosas, danosas à sua saúde, como é o caso do trabalho com a queima do carvão, amplamente disseminado nos assentamentos e acampamentos da região. Por outro lado, percebem a necessidade de se realizar algum processo de orientação junto às famílias que vivem nessas condições, porém vêem grande dificuldade nesse processo, pois se não se apresenta alguma alternativa de renda a eles, não podem abandonar essa atividade, mesmo sabendo-a prejudicial à sua saúde:

a situação dos assentados não é fácil homem!.. Um caboclo trabalhando no forno homem.. queimar carvão.. é o maior veneno pra saúde de uma família.. de um ser humano.. ele não sabe o mal que tá fazendo pra ele.. mas e ele vai fazer o que? Ele não tem renda!.. ele tá com dois venenos.. ele tá destruindo ele mesmo.., e a natureza!.. então tinha que dar uma alternativa pra chegar nele e “ó cara, vou te explicar o que te faz de mal o carvão.., por isso.. e por aquilo...”.., numa boa, né!?!.. mas daí você tem que ter uma alternativa.. pois como que você vai chegar lá no cara se você não mostra outro caminho pra ele.. o cara vai fazer o que for pra não deixar sua família passar fome.. então tá que nem aquele ditado lá: “se ficar o bicho pega, se vai o bicho come!”... (S.T.6)

Essas condições degradantes de trabalho citadas pelos assentados

de Butiá refletem uma situação comum nas relações de trabalho no campo, sendo geralmente associadas ao processo de “*modernização conservadora*” no campo brasileiro (DELGADO, 2001). Em um estudo envolvendo trabalhadores rurais (ALESSI; NAVARRO, 1997, *apud* CARNEIRO, 2007), foi detectado que eles eram “*expostos diariamente a cargas físicas, químicas e biológicas que resultavam em uma série de doenças, traumas ou acidentes a elas relacionados, além da carga biopsíquica que gerava manifestações psicossomáticas, como a depressão*” (p.81). Essa situação é também encontrada no assentamento Butiá, visto que muitas das famílias desse assentamento dependem de trabalhos externos para complementar a renda familiar, que incluem o trabalho com a queima de carvão, limpeza e corte do pinus, trabalhos considerados “*pesados*” entre eles.

Por outro lado, apesar dessa visão negativa de sua realidade, os assentados não se limitam a lamentar o fato de estarem excluídos da grande maioria das políticas e serviços públicos, mas consideram que sua realidade atual está inserida em um processo histórico em permanente construção (CAVALCANTE, 2008), sendo capazes de apontar caminhos para a superação de seus problemas e dificuldades. Essa é uma característica do próprio MST e talvez seja “*um de seus mais importantes diferenciais em relação aos outros movimentos e grupos*” (MORISSAWA, 2001, p.39).

Na visão dos assentados, para se ter saúde dentro do assentamento, é necessário que haja habitações de qualidade, saneamento e alimentação adequados, de forma que eles sejam capazes de produzir o seu próprio alimento livre de agrotóxicos, pois consideram que somente quando eles mesmos produzem seu alimento podem garantir sua qualidade. Acreditam ainda, que a solução para seus problemas de saúde se relaciona com a institucionalização de garantias econômicas aos trabalhadores do campo (ANDRADE, 2004) -, tal como crêem que ocorre com grandes empresas subsidiadas pelo Estado -, a fim de que possam se manter no trabalho com a terra e gozar de uma mínima segurança quanto à sua renda e sua alimentação, o que consideram ser um direito de todos os cidadãos:

Eu acho que é a melhoria, né!?!.. na qualidade de vida.. que.. falta aí.. eu acho que no que mudar em agente conseguir as casas.. já ter a luz elétrica.. ter água boa... eu acho que já vai mudar bastante essa condição aqui, né?!.. o pessoal já vai ficar assim mais incentivado.. né!? A produção também já tá aí começando, né? Então isso é importante!! (S.T.8)

Ah! Pra ter saúde, em primeiro lugar.. você tem que ter o saneamento básico completo e a tua alimentação tem que ser coisa pura.. coisa orgânica.. que você saiba o vai comer.. né!? (S.T.10)

nós tinha que ter umas normas assim: como tem garantia pras grandes empresas.. né!? que vão à falência.. e saem ricas... enricam igual, e não pagam ninguém.. nós também tinha que ter isso aí.. se eu plantasse um hectare de feijão, que tira 60 saco.. então eu tinha que tirar os 60 saco.. senão eu tinha que ter uma garantia.. e daí não doía a cabeça.. pois, se eu tenho o pão de cada dia dos meus filhos.., então todo mundo teria que ter!.. pois é direitos iguais... nós somos tudo brasileiro.. (S.T.2)

É importante questionar esse ponto, pois, apesar de considerarem que, produzindo seu próprio alimento, terão a garantia de consumir um alimento “puro”, “orgânico”, na prática, percebemos que o uso de agrotóxicos nas lavouras é comum no campo e também entre os Sem Terra (CARNEIRO, 2007), o que pode evidenciar uma contradição entre o que é dito e o que é praticado no dia-a-dia. Por outro lado, segundo as diretrizes preconizadas pelo MST, nos assentamentos e acampamentos, deve-se sempre buscar promover uma agricultura livre de agrotóxicos, baseada nos princípios da agroecologia (LUTAR, 2000; VENDRAMINI, 2005; CORREA, 2007), o que pode explicar essa visão dos assentados de Butiá de que se deve sempre buscar consumir alimentos de boa qualidade, embora corriqueiramente lancem mão de agrotóxicos e insumos químicos.

O impacto do uso de agrotóxicos sobre a saúde humana vem sendo tratado como uma das principais prioridades da comunidade científica em todo o mundo, particularmente nos países em desenvolvimento, onde estes agentes químicos são amplamente utilizados na produção agrícola. Estes países representam 30% de todo o mercado global consumidor de agrotóxicos, sendo o Brasil o maior mercado consumidor individual dentre estes países, o qual, em 2007, era responsável por metade de todo o consumo da região latino-americana (MIRANDA et al., 2007).

O uso indiscriminado de agrotóxicos resulta em níveis severos de poluição e intoxicação humana, uma vez que grande parte dos agricultores desconhece os riscos a que se expõem e, conseqüentemente, negligenciam algumas normas básicas de saúde e segurança no trabalho. Não bastando isso, a livre comercialização e a grande pressão comercial por

parte das empresas distribuidoras e produtoras de agrotóxicos constituem importantes fatores que levam ao agravamento dos quadros de contaminação humana observados no Brasil. A esses fatores podem ser acrescentados a deficiência da assistência técnica ao trabalhador do campo, a dificuldade de fiscalização do cumprimento das leis e incriminação desses trabalhadores, muitas vezes apontados como culpados pelos problemas advindos da utilização de agrotóxicos (idem, ibidem).

O Censo Agropecuário 2006 informa que em 56,3% dos estabelecimentos que usaram agrotóxicos não receberam qualquer orientação técnica, e que, em 21,3%, os trabalhadores não utilizavam qualquer equipamento de proteção individual (a maior parte dos estabelecimentos que notificaram o uso de algum tipo de proteção, citaram, como equipamentos, “botas” e “chapéus”). Mais uma vez, o baixo índice de escolaridade foi apontado como um dos principais fatores socioeconômicos que agravavam o risco de envenenamento (PNAD 2008).

Os altos índices de uso de agrotóxicos na realidade do campo estão relacionados ao processo de modernização tecnológica denominado “*Revolução Verde*”, que modificou profundamente as práticas agrícolas, gerou alterações no meio, mudanças nas cargas de trabalho e nos seus efeitos sobre a saúde, deixando os trabalhadores rurais expostos a diversos riscos (DELGADO, 2001; DELLAZERI, 2006; CARNEIRO, 2007). A questão principal é que o uso de agrotóxicos nas pequenas propriedades rurais, assim como nas grandes propriedades está subordinado ao mesmo modelo conservador, o qual “*tem-se imposto historicamente e, principalmente, por meio das políticas de crédito rural, da assistência técnica e da pesquisa*” (MIRANDA et. al., 2007, p.9).

#### 4.2.3 Percepções de gestores e profissionais de saúde

A partir de nossas análises, percebemos que a gestão atual da Secretaria de Saúde de Rio Negrinho (iniciada em Março 2009) ainda desconhece grande parte dos problemas de saúde dos assentados e acampados da região, embora seus representantes considerem necessário que se realize um diagnóstico junto a essa população, por meio do qual seriam identificadas suas principais dificuldades. Na visão dos representantes da Secretaria de Saúde, esse seria um momento em que se criaria um espaço para se “*ouvir o relato da comunidade*”, avaliando “*o que eles falam*” antes de se planejar como se trabalhar em conjunto, pois admitem que existam diferenças significativas entre a visão de gestores e profissionais de saúde e a visão que têm os próprios Sem Terra, com relação aos problemas que eles enfrentam.

Dessa forma, entendem que para que se implementem propostas e/ou programas realmente eficazes nos assentamentos e acampamentos é necessário esse trabalho conjunto da Secretaria com os Sem Terra. Conforme nos foi relatado pelos gestores, se pretende realizar esse levantamento junto às liderança assentadas e acampadas, durante o ano de 2010, a fim de planejar as ações a serem implementadas na elaboração do Plano de Saúde:

o mais importante é primeiro ouvir o relato da comunidade(!).. o que eles falam!... porque você(!!!).. enxerga de uma forma!... mas a pessoa que não tá recebendo assistência(!) ela vê(!) outro tipo de problema! (*Gest.1*)

agente não fez este diagnóstico!... então, como eu te disse: daí teria que reunir a população(!), ver quais são os principais problemas que eles enfrentam e dificuldades... daí(!), agente(!).. fazer esse planejamento! (*Gest.1*)

Provavelmente, isso vai ser feito no Plano do ano que vem! Porque isso tem que ser programado, né!? Mas daí, digamos assim: como eles têm representantes... não tem como agente reunir todo mundo!..... vai ter que chamar os representantes, e sentar pra ver o que vai ser mais trabalhado lá em cima! (*Gest.2*)

Essa postura dos gestores é bastante significativa e deve ser aqui ressaltada, pois converge com a ideologia do SUS que preconiza que as ações e programas implementados pelos sistemas locais de saúde devem ser orientadas para a comunidade e com sua participação. Isso implica na elaboração de estratégias de forma conjunta entre gestores, profissionais e população, visando o “*enfrentamento de problemas de saúde prevalentes e contínuos no território, indo ao encontro de necessidades que são ‘outras’, as quais os técnicos muitas vezes não dominam, mas que pertencem à vida cotidiana e que são fundamentais para que se possa, efetivamente promover saúde*” (SCHRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 2000, p.33, *apud* SANTOS, 2009, p.16).

Tanto para os gestores quanto para os profissionais entrevistados, as precárias condições de vida e as carências sócio-econômicas também são as principais causadoras dos problemas de saúde entre os Sem Terra. Na sua percepção, enquanto não forem supridas as necessidades básicas de existência nos assentamentos e acampamentos, por meio de medidas de saneamento, habitação etc., não se conseguirá melhorar a situação de saúde deles, utilizando apenas a assistência curativa prestada pela

## USVG-SF:

As casas, não todas..., mas não são tão boas.. e o nosso frio aqui em Rio Negrinho é muito intenso, então assim, o vento encana..... aí vem os problemas respiratórios... e tem as verminoses, e daí agente, “ah, mas vocês não desverminam?” agente vê, consulta, desvermina, mas é assim, é um ciclo! Não adianta, enquanto não tiver um esgoto, enquanto não tiver uma água tratada, é assim.. tampar o sol com a peneira.. é batata! (Prof.1)

Este posicionamento reflete, de certa forma, uma visão também abrangente do processo de saúde-doença, condizente com a conceitualização ampliada, postulada na 8ª CNS, institucionalizada no SUS, e com o trabalho dentro de uma ESF, pois relaciona a saúde à qualidade de vida, sendo essa considerada sob uma perspectiva bem mais ampla e complexa do que meramente a ausência de doenças (AROUCA, 2002), envolvendo vários fatores vinculados ao cotidiano do indivíduo, como as condições de higiene, habitação, trabalho e saneamento, compreendendo o indivíduo em “*seu contexto social, econômico e ambiental*” (SANTOS, 2009).

Porém, tanto os gestores quanto os profissionais, consideram que os problemas de saúde dos Sem Terra estão vinculados à sua “*ignorância*” com relação a suas condições de higiene e saneamento, pois, na sua visão, as “*pessoas do interior*” ainda não têm incorporados os comportamentos básicos de higiene, como “*escovar dente, tomar banho, cortar cabelo*”, essenciais à manutenção da boa saúde, e necessitam ser educadas neste sentido, “*conscientizadas*”, a fim de que se revertam suas precárias condições de saúde.

na cabeça da grande maioria do interior, ainda não tá inserida o básico: escovar dente, tomar banho, cortar o cabelo... não dizendo que todos não são higiênicos, mas, assim, até aquele que é..., num sabe..., assim, o básico!...(Gest.2)

Agente orienta, faz palestra, “vamu cortar unha, lavar o cabelo”, isso é feito! (Prof.1)

seria o conscientizar o..., o ir a campo mesmo e..., falar, falar..., deixar eles perguntar... porque..., eu não vejo má vontade(!), eu não vejo que eles não..., querem(!), mas eles não sabem! (Prof.2)



Conscientização! mas, se eu pudesse por um tempo: “se manda, você vai é pro interior só(!) palestrar, só(!) falar, falar, falar.. eu..., seria o meu sonho de consumo.. porque..., vou fazer palestra? Vou! Mas, é uma aqui, uma lá... e assim, esse trabalho(!) de conscientização, teria que ser bastante, assim, teria que ir, e ir de novo, e de novo.. pra fomentar esse povo assim... mas agente não consegue fazer devido à quantidade de trabalho aqui na unidade .... (Prof.1)

tem que mostrar pra essas pessoas como as coisas funcionam, como pode melhorar, como eles podem evitar várias coisas, com a própria.. higiene!.. a higiene já vai melhorar... (Gest.1)

Desta forma, os profissionais e os gestores avaliam que a “*conscientização*” é fundamental para que se melhorem as condições de saúde dos Sem Terra e relatam que gostariam de dispor de mais tempo para se dedicar a atividades educativas nessas localidades distantes, por meio de palestras, abordando temas como a importância da “*higiene*” para a “*boa saúde*”. Porém, esse processo de Educação em Saúde desenvolvido junto às comunidades interioranas é visto pelos profissionais como insuficiente, devido ao excesso de trabalho deles na USVG-SF, sendo que acabam tendo a maior parte de seu tempo comprometida com as atividades cotidianas de assistência curativa, o que lhes impossibilita realizar essas ações educativas fora da Unidade de Saúde.

A importância da educação para a promoção da saúde é inegável e tem sido reconhecida através dos tempos por diferentes autores como fator imprescindível para a melhoria da qualidade de vida (HEIDMANN *et al.*, 2006; PELICIONI, 2007). Práticas de saúde adequadas ou não decorrem de experiências contínuas de ensino-aprendizagem e acabam influenciando as decisões a serem tomadas ao longo da existência dos indivíduos, podendo contribuir para diminuir, manter ou elevar o seu nível de saúde. A abordagem educativa deve, portanto, estar presente em todas as ações para promover a saúde e prevenir as doenças facilitando a incorporação de idéias e práticas corretas que passem a fazer parte do cotidiano das pessoas de forma a atender suas reais necessidades. Contudo, “*como a educação em saúde é parte da Saúde Pública, cada época vem refletir as tendências dessas áreas e acaba reproduzindo suas concepções*” (idem, *ibidem*, p.320).

Considerando isso, talvez caiba aqui um questionamento acerca do sentido dado à Educação em Saúde pelos gestores e pelos profissio-

nais entrevistados, pois, ao considerarem que os problemas de saúde vivenciados pelos Sem Terra (e pelas pessoas do “interior” em geral) são consequência de sua ignorância com relação à “higiene”, assumem uma postura de “*mostrar pra essas pessoas como as coisas funcionam*”, que pode ser vista como uma postura “*culpabilizadora*”, típica da “*educação sanitária*” (ROS, 2000), crendo que a solução é “*conscientizar*” as pessoas, e que “*educar*” se resume a dar palestras, aos moldes da “*educação bancária*”, baseada na “*transmissão vertical de conhecimentos*” (FREIRE, 1997).

Conforme foi apontado por Paulo Freire em seus amplos e reconhecidos estudos na área da Educação (FREIRE, 1987; 1997), na “*prática bancária*”, as pessoas acabam sendo vistas como “*potes vazios*”, desprovidas de conhecimentos (“*eles não sabem*”), cabendo aos especialistas (gestores e profissionais de saúde) preencher seus “*potes*” com os conhecimentos que dispõem. O problema nisso está no fato de que, com essa atitude, acabam desconsiderando qualquer forma de conhecimento que não seja o dito “*científico*”, folclorizando práticas tradicionalmente incorporadas na cultura do campo, tidas como “*não verdadeiras*” pelos supostos especialistas.

Nas palavras de Freire (1987), “*ninguém educa ninguém, como tampouco ninguém se educa a si mesmo: os homens se educam mediatizados pelo mundo. Mediatizados pelos objetos cognoscíveis que, na prática bancária, são possuídos pelo educador que os descreve ou os deposita nos educandos passivos*” (p.69).

Essa postura pode indicar a perpetuação na formação dos gestores e dos profissionais de concepções oriundas da “*fase higienista e/ou comportamentalista da educação em saúde*” (PELICIONI, 2007, p.321), do início do século XX, inspirada pela chamada “*era microbiana*” ou “*bacteriológica*”, que enfatizava a concepção biológica da doença e foi “*marcada por uma educação controladora, baseada na teoria tradicional liderada por Durkheim que explicava o surgimento das doenças de forma bastante simplista, isto é, pela ignorância e descaso das pessoas*” (idem, ibidem). O reflexo disso foi que, no Brasil, até o início do séc. XX, as preocupações do setor Saúde centravam-se apenas nas situações de epidemia e, no campo da educação, restringiam-se ao ensino de hábitos de higiene, visando ampliar e garantir a “*força de trabalho, bem como a expansão das atividades capitalistas*” (WESTPHAL et al, 2004).

Ros (2000) apropria-se da expressão “*educação sanitária*” (*health education*), “*surgida nos Estados Unidos da América (EUA) em substituição à palavra higiene*” (MARCONDES, 1964, *apud* PELICIONI,

2007), para caracterizar esta fase da Educação em Saúde. Na visão de Ros (2000), as características desta fase configuram um *“estilo de pensamento”* (FLECK, 1986) bem definido, o qual adota uma *“concepção de que o educador é conhecedor da ‘verdade científica’ e que deve inculcar tal conhecimento em uma população, objeto do planejamento em saúde dos técnicos”* (ROS, 2000). Considera que a *“educação sanitária”* apresenta as seguintes características fundamentais: é baseada em ações de higiene (ou cuidados) individual para *“evitar doenças”*, as quais *“são responsabilidade dos indivíduos (ou de seus pais, que não lhe garantem educação)”* – ou seja, implica na culpabilização dos indivíduos; estes *“cuidados”*, embora sejam pensados de várias maneiras (por exemplo, saneamento do meio ambiente, combate a fatores de risco, existência de habitação arejada etc.), *“são defendidos para evitar a entrada do agente causal, sendo, portanto, de concepção claramente biologicista. Há uma negação explícita da determinação social no processo saúde-doença”* (idem, ibidem).

Esse autor defende, portanto, que se faça uma distinção entre *“educação sanitária”* e *“educação em saúde”*, visto que representam dois *“estilos de pensamento com características fundamentalmente distintas entre si”* (idem, ibidem). A mudança de nomenclatura de *“educação sanitária”* para *“educação em saúde”* representa também uma *“mudança dos paradigmas vigentes na prática educativa da fase higienista”* (PELICIONI, 2007, p.324).

Na concepção da *“educação em saúde”*, o professor (ou o profissional de saúde) não deve ser um simples repassador de conhecimentos e de experiência, nem o aluno (ou o usuário dos serviços de saúde) um receptor passivo do que lhe é transmitido (PELICIONI, 2007). É uma concepção que demanda uma capacidade de escuta do outro, como afirma Paulo Freire (1997):

Se [...] o sonho que nos anima é democrático e solidário, não é falando aos outros, de cima para baixo, sobretudo, como se fôssemos portadores da verdade a ser transmitida aos demais, que aprendemos a escutar mas é escutando que aprendemos a falar com eles. Somente quem escuta paciente e criticamente o outro, fala com ele, mesmo que em certas condições precise falar a ele. O que jamais faz quem aprende a escutar para poder falar com é falar impositivamente[...] O educador que escuta aprende a difícil lição de transformar os seu discurso, às vezes necessário, ao aluno, em uma fala com ele (FREIRE, 1997).

Apesar dessas críticas acerca das concepções e práticas educati-

vas apresentadas pelos gestores e pelos profissionais entrevistados, devemos destacar também seus esforços nesses processos educativos junto à comunidade de Volta Grande em geral. Podemos citar como exemplo desses esforços, os processos desenvolvidos na área da Saúde Bucal, em que a USVG-SF disponibiliza seu odontólogo para que realize atividades educativas nas escolas com relação à “escovação de dentes”. Apesar de considerarem contraditório o fato de se “*desperdiçar*” um profissional mais que qualificado para essa atividade aparentemente simples, apontam que isso se torna importante devido ao fato de que existem altos índices de problemas bucais entre as pessoas assistidas na Unidade, especialmente entre as crianças, e que, a partir de medidas educativas que estimulem a correta escovação de dentes, poder-se-ia reverter esse quadro.

a Volta Grande chegou a um ponto de o Odontólogo(!) ter que ir no colégio fazer escovação(!)... assim, hoje eu entendo, porque sei que é um índice enorme, de cáries, de problemas dentários... então, vai um odontólogo, que não é um profissional barato, olhar, ficar olhando escovar!... é ridículo! Na minha cabeça assim, até então eu pensava: ou vai lá e faz 3 vezes e manda um professor supervisionar.... mas ele vai(!) olhar se tão escovando certo....  
(Prof.1)

A relevância de se trabalhar com a questão da saúde bucal pode ser mais bem compreendida ao constatararmos a alta prevalência desses problemas na população brasileira. De acordo com um levantamento epidemiológico realizado no ano de 2003, quase 27% das crianças brasileiras de 18 a 36 meses apresentam pelo menos um dente decíduo com experiência de cárie. Esse índice aumenta para 60% nas crianças de 5 anos de idade. Na dentição permanente, cerca de 70% das crianças de 12 anos e 90% dos adolescentes de 15 a 19 anos apresentam pelo menos um dente permanente com experiência de cárie (BRASIL, 2004).

Esses dados não representam meramente números sobre o comprometimento ou a perda de elementos dentários. Na prática, traduzem-se em uma série de implicações na qualidade de vida da população. Representam a dor de dente, o receio de sorrir devido ao comprometimento estético, a dificuldade de mastigar os alimentos e a necessidade de tratamentos caros e complexos. Esses, por sua vez, podem levar à dificuldade de relacionamento interpessoal, à baixa auto-estima e a problemas nutricionais, dentre outros (BRASIL, 2004). Por fim, representam a importância dos esforços dos profissionais da USVG-SF em de-

envolverem as atividades de educação na área da Saúde Bucal junto aos escolares de Volta Grande.

De uma maneira geral, percebe-se que a responsabilidade sobre a saúde dos Sem Terra recai quase que exclusivamente sobre os profissionais da USVG-SF, sendo que a Secretaria de Saúde geralmente fica alheia a essa realidade. Entre os profissionais, percebe-se que têm um grande desejo de poder contribuir com a melhoria das condições de saúde dos Sem Terra e da comunidade em geral. Porém, existem muitas limitações na assistência à saúde prestada a essas comunidades, pelo município de Rio Negrinho, na qual aparecem muitos desafios a serem superados para que se possa efetivamente contribuir com melhores condições de vida e saúde entre os usuários. Dessa forma, nos tópicos seguintes, pretendemos analisar e discutir a questão da assistência formal à saúde prestada a essas populações, a partir da visão dos sujeitos envolvidos.

### **4.3. A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DOS ASSENTADOS DE BUTIÁ**

#### **4.3.1 Percepção dos assentados**

Entre os assentados entrevistados, encontramos certa diversidade de opiniões acerca da qualidade da assistência que lhes é prestada pelo Sistema Público de Saúde, e, em especial, na USVG-SF, onde buscam assistência mais freqüentemente. Assim, encontramos desde aqueles que se sentem completamente desamparados pelo Sistema de Saúde àqueles que o vêem como suficientemente satisfatório. Porém, a opinião que prevalece entre eles é a de que o Sistema de Saúde não atende satisfatoriamente às suas necessidades, sendo que muitos deles relataram que só vão buscar assistência em casos graves e que, quando são casos muito graves, vão diretamente ao Posto Central, no centro de Rio Negrinho, ao invés de buscarem assistência na USVG-SF. Podemos observar essa situação a partir dos relatos abaixo:

Mas não atende! Não atende, porque.. nós, por exemplo os assentados, as comunidades mais longe.., mais retiradas.. sempre tá prejudicada.. (*REFERINDO-SE À ASSISTÊNCIA PRESTADA PELO SUS*) (S.T.9)

Aqui o maior problema é que a pessoa sempre tem que ficar bem(!) doente mesmo pra poder ser atendida!..., né!?.. (S.T.3)

então vc imagina que o pessoal adoece e tenta se curar em casa... e só vai mesmo quando não dá mais pra suportar!!!! Aí ele chega até o médico, senão não vai.. ele tenta se curar ao máximo em casa! (S.T.1)

é na verdade aqui, oh.. se for quebra-dura.., fratura, né?!, então tem que ih.. imediato já pro Hospital, né?!.. porque o posto não atende.. eles já encaminham direto pra Rio Negrinho... e no caso de eles tá assim doente.. coisa mais simples, agente leva no posto.. no Volta Grande.. e dali, se não consegue resolver o problema, vai pra Rio Negrinho. (S.T.7)

Um primeiro ponto a ser discutido a partir destes relatos se refere às limitações próprias dos assentados em avaliar a qualidade da assistência que lhes é prestada pelo Sistema de Saúde. Isso porque o nível de conhecimento acerca do SUS da população em geral é muito pequeno, como revela uma pesquisa de opinião (CONASS, 2003 *apud* BRASIL, 2007), a qual mostrou que apenas 35% dos brasileiros souberam citar, espontaneamente e com precisão, o que significa SUS. A conclusão dessa pesquisa foi que os conhecimentos acerca do SUS são principalmente aqueles oriundos do senso comum, vinculados pela mídia de massa, geralmente negativos, em que se vai construindo, na sociedade, um *“sentimento difuso de fracasso da Saúde Pública brasileira, principalmente nos segmentos de maior renda, formados por usuários não exclusivos e por não usuários do SUS, mas que têm grande peso na formação da opinião pública”* (idem, *ibidem*, p.44).

Porém, a relação dos assentados com o SUS reflete a realidade da maioria dos assentamentos e acampamentos brasileiros, como podemos observar ao considerarmos o relatório da UnB (2001), o qual registra a baixa procura dos serviços públicos de saúde entre os Sem Terra, associada a fatores como: dificuldades no acesso ao Sistema de Saúde, tanto pela ausência de estabelecimentos de saúde próximos aos assentamentos e acampamentos (na maioria dos casos), quanto pelas dificuldades de deslocamento decorrentes da inexistência de transportes e muitas vezes, pelo excesso de demanda nas Unidades de Saúde. Verificou, ainda, um percentual em torno de 10% dos Sem Terra que buscam atendimento diretamente na farmácia, o que indica a existência da prática da autome-dicação entre essas populações, fato preocupante, devido às implicações negativas decorrentes dela.

Entre os assentados de Butiá, é unanimidade que o maior problema vivenciado por eles no que se refere à assistência prestada pelo SUS

é a dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido ao isolamento em que se encontram, sendo que, além de estarem a 22 km da USVG-SF, ainda é maior a distância da região central de Rio Negrinho (56 km). Essa dificuldade é agravada pela péssima qualidade da estrada que passa o Assentamento Butiá, pela ausência (ou insuficiência) de transporte coletivo público, o qual só passa pelo assentamento uma vez por semana, custando, à época da pesquisa, em torno de R\$3,60 o trecho até Volta Grande e R\$13,40 o percurso até Rio Negrinho, custos esses, consideráveis para o orçamento familiar mediano dos assentados. É importante observar também que a maioria deles não dispõe de veículo particular para se deslocarem, sendo que, dentre os que têm, poucos são os que possuem documentação adequada para saírem com o veículo do assentamento:

Aí é o problema, né!?!... tem que se ajeitar!.. e aí, não é fácil!.. as vezes.. consegue rápido um carro..., mas tem casos que não consegue.. (S.T.5)

Pra te falar a verdade, acho que carro legalizado aqui dentro, pra sair fora..., assim, tudo em dia.. acho que tem 2.. então, é muito(!) difícil... e o ônibus só vem uma vez por semana e fora do dia não tem nada... (S.T.8)

Visando superar esse problema de acessibilidade dos usuários, a USVG-SF disponibiliza, em casos mais graves, a ambulância ou o carro para buscar as pessoas enfermas nos assentamentos e nas localidades distantes. Porém, os assentamentos da região (incluindo o Butiá) ocupam uma grande área, com as casas dispostas distantes umas das outras, ligadas apenas por caminhos não sinalizados e de difícil acesso que perpassam os assentamentos, o que faz com que a ambulância ou o carro às vezes não consiga encontrar o local onde buscar o enfermo:

É, teve bastantes vezes que eles vieram!.. a ambulância mesmo!.. num vem até aqui, mas vem encontrar, né!? (S.T.10)

já aconteceu casos como agente mesmo, de ligar e a ambulância não encontrar, né!? (S.T.3)

Por outro lado, apesar de existir a possibilidade de os assentados telefonarem para a USVG-SF pedindo ajuda da ambulância ou do carro, essa opção é praticamente inviável, visto que não existem telefones públicos dentro dos assentamentos e a maioria dos moradores não tem telefone fixo em casa (somente um no assentamento Butiá), sendo que

aqueles que têm celular geralmente não conseguem realizar as chamadas devido a ausência de antenas de celulares nesses locais:

é importante colocar que não(!) tem telefone!!! (S.T.6)

é.. tempo atrás até tinha uma anteninha ali... que dava pra ligar dali de celular... tinha sinal.. mas agora não tem mais... e mesmo quando tinha, as vezes o celular tava sem bateria.. e tinha que ir carregar na escola, porque também não tinha luz (*REFERINDO-SE AO ACAMPAMENTO NORILDA DA CRUZ, CUJA REDE DE ELETRICIDADE FOI INSTALADA SOMENTE EM 2009*)... (S.T.3)

O acesso aos serviços de saúde envolve a “localização da unidade de saúde próxima à população a que atende, horários e dias em que está aberta para atender, grau de tolerância para consultas não-agendadas e o quanto a população percebe da conveniência desses aspectos do acesso” (STARFIELD, 2002, p.60). No caso do Assentamento Butiá (e dos assentamentos do entorno), a péssima qualidade da estrada é um dos principais fatores limitantes de seu acesso aos serviços de saúde. As estradas são essenciais para o desenvolvimento dos assentamentos em geral (UnB, 2001).

Devido a esse isolamento e dificuldade no acesso, mesmo entre aqueles assentados que vêm positivamente a assistência à saúde prestada pelos profissionais na USVG-SF e no município em geral, o sentimento de estarem desamparados pelo Sistema de Saúde ainda é o que prevalece, sendo que muitos deles “dão graças a Deus” por não terem problemas de saúde mais graves, pois sentem que em uma situação de emergência poderiam não conseguir assistência a tempo. Assim, consideram que a distância física dificulta a assistência, porém, muitos deles queixam-se também que é grande a distância existente entre o SUS e a realidade dos Sem Terra, sendo que, na sua visão, os gestores os profissionais desconhecem os problemas vivenciados por eles em seu dia-a-dia e que uma aproximação entre eles melhoraria a qualidade da assistência:

Na medida do possível, eles tão atendendo.. mas eu acho que ainda falta muito!!! Falta muito interesse deles com o povo!!.. eu acho que eles têm muito que trabalhar ainda nessa questão aí.. (S.T.9)

ainda que, nós.., damos graças a Deus(!), té hoje não temos problemas de.... um infarto(!).., ou alguma emergên-



cia mesmo.. o único mesmo que teve foi uma cobra que picou uma mulher.. (S.T:2)

eu acho assim, se o governo.., digamos a prefeitura.. o pessoal lá do.. ajudasse a contribuir assim pra que a distância não seja muito né!?!.. que nem, é.. chegasse até aqui pra conhecer!.. a realidade!!.. eu acho assim que é importante.. se eles viessem até aqui, e atendessem 1 vez por semana, e viessem a.. conversassem com o povo.. qual que é os problemas do povo.. e daí eles iam saber onde pegar!!! Agora, se eles não sabem.. ah.. quando a pessoa chega lá né!? (S.T:4)

A constatação desse “distanciamento” indica a existência de dificuldades nas relações entre os assentados e o Sistema de Saúde, representado, principalmente, pela USVG-SF. Tais dificuldades podem levar ao desrespeito para com alguns dos princípios essenciais no trabalho da Estratégia Saúde da Família: o primeiro deles é o já referido “*enfoque familiar*”, que propõe levar em conta o contexto familiar da população assistida; o segundo é a “*orientação para a comunidade*”, que implica o reconhecimento de que “*todas as necessidades de saúde da população ocorrem num contexto social determinado, que deve ser conhecido e tomado em consideração*” (STARFIELD *et al.*, 2003:489 *apud* CONASS, 2009, p.68); e o terceiro, envolve a questão do “*vínculo*” dos profissionais de saúde com a comunidade, que pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção ao longo do tempo, além do “*estabelecimento de fortes laços interpessoais que reflitam a cooperação mútua entre as pessoas da comunidade e os profissionais de saúde*” (idem, *ibidem*).

A assunção do compromisso com esses princípios pelos profissionais da USVG-SF é condição *sine qua non* para que as ações de assistência e promoção à saúde dos assentados sejam efetivas. Essas ações devem buscar trabalhar condições potencialmente danosas à saúde das famílias atendidas pela equipe com o objetivo não apenas de prevenir os agravos, mas de promover uma melhor qualidade de vida para as pessoas. Assim, só é possível promover uma melhor qualidade de vida a partir do momento em que os profissionais de saúde “*conhecem a população que atendem, desenvolvem vínculo e compromisso com os problemas de saúde “sentidos” pelos usuários, indo além dos programas muitas vezes estabelecidos a partir de critérios eminentemente técnicos*” (SANTOS, 2009, p.14).

Esse “isolamento relacional” existente entre os gesto-

res/profissionais e os assentados é visto por esses como sendo provocado pelo desinteresse dos gestores (“*governo*”) em conhecer a realidade em que se encontram e promover meios para melhor atendê-los. De uma maneira geral, os assentados sentem dificuldade em reivindicar suas necessidades junto à Secretaria de Saúde, embora percebam que haja uma maior abertura para o diálogo na gestão atual. Na sua visão, a existência de um ACS que atendesse especificamente os assentamentos e acampamentos seria um dos caminhos para se superar esse isolamento e promover a melhoria de suas condições de saúde:

esse ano aqui, que nós tamos tentando cada vez mais nos aproximar deles... tamo tentando, ah.. buscar mais eles assim.. tentar.. só que dos outros anos agente batia na porta assim, e nem atender eles não atendiam!! .. então, desse governo agora eles até que tão olhando mais pro nosso lado.. e agente tá tentando cada vez mais se aproximar e buscar isso.. (S.T.7)

Eu acho que o que falta é um agente de saúde dentro dos assentamentos! (S.T.9)

Eu acho que esse já seria um passo muito importante.. que se existisse alguém que leve até eles..., seria mais fácil deles saberem qual que é o problema.. agora, eles não sabendo, comé que eles vão fazer?.. é que nem eu coloquei lá pra guria da Secretaria que agente foi: “vocêis tão fazendo algum tipo de levantamento? Vocêis sabem quais os problemas que existem nos assentamentos? Nas comunidades do interior?” (S.T.6)

A importância de se ter um ACS trabalhando diretamente nos assentamentos é reiterada em muitos momentos pelos assentados, os quais acreditam que se houvesse uma intermediação dessa relação por algum agente de saúde proveniente dos assentamentos, que entendesse e compartilhasse da realidade deles, haveria grande melhoria na qualidade da assistência prestada na USVG-SF. É importante observar que, de uma maneira geral, eles atribuem ao agente de saúde, além da função de articular suas demandas junto à Unidade de Saúde, também a função de realizar as etapas de pré-consulta com eles, identificando os sintomas e as prováveis doenças e consideram que isso facilitaria o processo de atendimento na Unidade:

se tivesse uma chance assim, ouviu que precisa.. então ele precisa!!.. mas aquele agente de saúde que fosse assenta-

do.. aquele que você diz “oh.., liga lá que fulano tá precisando.... vai vir um paciente amanhã!”.. mas o agente de saúde tem que entender já que tá mandando por isso ou por aquilo.. tá com os sintomas.. do que pode ou não ser.. e daí quando chega lá já encaminha.. não tem fila.. qualquer hora!.. e isso que é a briga nossa direto.. (S.T.9)

Essa visão acerca das competências do ACS deve ser aqui questionada, pois, em princípio, um ACS não possui formação para realizar diagnósticos de patologias, conforme crêem alguns dos assentados, o que poderia se caracterizar desvio de função desse profissional, ao qual cabe, de fato, o papel de “*elo de ligação*” entre Unidade de Saúde e a comunidade (STARFIELD, 2002; SANTOS, 2009; WOSNY, 2009). A Portaria nº 648/GM 4 estabelece como funções do ACS: “*desenvolver ações que integrem a equipe e a população, desenvolver ações educativas visando à promoção de saúde e prevenção de doenças e acompanhar as pessoas de sua microárea, dentre outras*” (CONASS, 2007, p.41). Dentro da USVG-SF, o ACS trabalha, prioritariamente, acompanhando as famílias quanto aos programas de saúde que estão seguindo (CISVAN, HIPERDIA, SISPRENATAL etc.), auxiliando na utilização de medicamentos e tratamentos, buscando sempre realizar a intermediação das necessidades e dificuldades das famílias junto aos profissionais da Unidade.

Por outro lado, percebe-se em alguns dos depoimentos que os assentados compreendem essa grande responsabilidade dos ACS, que é a criação desse vínculo com a comunidade, quando atribuem a esse profissional o papel de identificar as más condições de saneamento e higiene em que se encontram as famílias assentadas e orientá-las nesse sentido. Na sua visão, consideram uma “*vantagem*” se ter um agente de saúde proveniente da própria comunidade, pois isso possibilita a criação desse vínculo que permite que os assentados “*se abram mais*” com os agentes de saúde, se sintam mais à vontade para apontar seus problemas reais, ao passo que uma pessoa “*de fora da comunidade*” poderia ter dificuldades para identificar adequadamente os problemas existentes, devido à “*desconfiança*” dos assentados:

o agente de saúde tem esse trabalho!..., de identificar essas coisa.. o agente de saúde pela comunidade é a vantagem, porque o compadre não esconde o problema!..., a comadre não esconde o problema!... quando chegar, por exemplo, lá no compadre..., e perguntar: “como tá essa fossa?”, ele vai dizer e você pode responder: “tá errado!..., é um buraco aqui..., num tá certo aqui...”., mas as vezes se chega al-

guém de fora da comunidade, a pessoa fica com vergonha.. as vezes é uma privada lá fora.. que tem aqueles buraco assim, sabe!?!.. que as moscas vão lá.. e depois vão pousar na comida.., e aí é problema!.. todo mundo com verme.. e depois não sabe o quê que é... e é uma coisa necessária!! Porque a saúde é prevenir! (S.T.7)

Abramos aqui um pequeno parêntese a fim de apontar nesse relato um aspecto da Saúde muito importante e bastante recorrente nos relatos dos assentados, quando expressam suas percepções acerca de seus processos de saúde e doença: a prevenção, entendida como um campo de ação dos profissionais de saúde, e especialmente, dos “*agentes de saúde*”, focado, principalmente, em ações de saneamento (ANDRADE, 2004; CARNEIRO, 2007). Na sua visão, a saúde é também uma resultante de ações preventivas, tanto a nível individual quanto coletivo, sendo que a falta de saneamento é reconhecida como propagadora de vetores de doenças, sendo, portanto, uma das principais causas de doenças entre eles (CAVALCANTE, 2008). O agente de saúde será, então, aquele sujeito, oriundo do próprio assentamento, ligado à comunidade e conhecedor dela, respeitado e considerado pelos companheiros, e, principalmente, será aquela pessoa capaz de reconhecer as demandas do grupo, interpretá-las e traduzi-las aos profissionais de saúde, tornando-se o verdadeiro “*elo*” entre a Unidade de Saúde e o assentamento.

A inexistência desse “*vínculo*” entre o Sistema de Saúde e os assentados talvez seja um dos motivos que levem à existência de conflitos entre eles e os gestores/profissionais de saúde. Para alguns dos assentados entrevistados, o Sistema de Saúde definitivamente não atende as suas necessidades, sendo que avaliam negativamente a qualidade da assistência a eles prestada, afirmando que só conseguem ser atendidos pelos profissionais por meio de discussões e “*brigas*”, pelas quais exigem seu direito ao atendimento. Um exemplo dessa situação pode ser visto nos relatos abaixo, tendo num deles o caso de um dos assentados que fala de sua dificuldade em acessar os serviços de saúde pela indisposição de um motorista na USVG-SF, o que gerou conflito entre eles, fato que, segundo ele, só foi resolvido após intervenção de uma assistente social de Florianópolis:

porque não existe ninguém no meio lá.., um vínculo, que você chegue e vá ser atendido.. é só no grito!.. só na briga!.., e quando atende, atende mal.. e é uma coisa incrível, né!? se fosse bem recebido, né!? (S.T.10)

só que muitas coisas tem que pegar de lá de Florianópolis o chicote e chicotear eles aqui.. essa minha menina foi operada já quatro vezes.. tudo em Florianópolis.. ela tinha a bacia fora do lugar.. sabe rapaz!? Teve uma vez que eu briguei com o tal do motorista ali.. por causa do carro.. que ele não quis liberar o carro pra voltar lá a cada 8 dias.. daí fui pra lá e falei com a assistente social de lá.. e ela disse “então você leva essa folha aqui pra eles”.., e isso foi um tapa na cara do homem.. e agora ficou bom!! Agente chega lá e não tem nem que brigar... e quantas vezes eu vi de gente daqui.. o cara negar carro..., e porque negar coisa que não é deles?.. se é o dinheiro do povo que tá pagando... (S.T.8)

Outro importante fator apontado pelos assentados que dificulta o seu acesso ao Sistema de Saúde é o excesso de usuários atendidos pela USVG-SF (área de abrangência mais área de influência), os quais relatam que muitas vezes não conseguem receber “*fichas*” para serem atendidos na Unidade. As “*fichas*” são senhas de atendimento disponibilizadas pela USVG-SF para os usuários. São distribuídas diariamente em um número limitado, sendo que somente aqueles que “*conseguirem fichas*” serão atendidos. Essa limitação no número de fichas causa indignação entre os assentados e conflitos com os profissionais, pois, conforme afirmam, as fichas são distribuídas pela manhã “*muito cedo*” e devido às suas dificuldades para se deslocarem até a Unidade de Saúde, muitas vezes, quando aí chegam, as fichas já foram todas distribuídas. Cabe lembrar que o ônibus coletivo passa somente uma vez por semana pelo assentamento Butiá e demora “*muito tempo*” até chegar à Volta Grande. Esse é um dos principais motivos apontados pelos assentados para que deixem de buscar assistência na USVG-SF, só buscando-a em último caso:

o Município colocou eles pra trabalhar pra 4.. pra 4 ah.. microáreas em Volta Grande.., mas eles tavam abrangendo 20.... então, é muita população pra um posto só!!! Isso eu acho que deveria ter mais um posto sim.. ah, pra que fosse colocado mais gente pra trabalhar!!.. porque eles não tão dando conta!.. eles tão fazendo o máximo possível pra atender!, mas não tão conseguindo... e daí, fica essa coisa, né!?!.. o pessoal não consegue atender direito!.. as vezes você vai lá, e precisa tá lá muito cedo pra conseguir ficha, né!?!.. as vezes não consegue porque.. outros assentamentos também precisam.. então é.. se for dar uma

ficha cada um.. vai mais de um dia.. em cada assentamento.. e imagina o quanto de população que tem? (S.T.5)

porque é complicado você chegar no posto de saúde ali e é... 5 fichas..., 7 horas começam a liberar a ficha.., e quando chega o ônibus lá não tem mais nenhuma!!! (S.T.1)

É importante observar que pelo fato de que o ônibus só passa uma vez por semana pelo assentamento Butiá e passa também por outros assentamentos da região no mesmo dia, muitos dos assentados acabam indo simultaneamente buscar assistência na USVG-SF, a fim de “*aproveitar o transporte*”, o que pode sobrecarregar ainda mais o atendimento na Unidade ou até impossibilitar que todos sejam atendidos naquele dia. Cabe aqui também outra observação que diz respeito à contradição existente nessa situação, pois a limitação de fichas para o atendimento na Unidade de Saúde contraria o princípio de que o atendimento deve ser realizado a qualquer pessoa que venha buscar a assistência, indiscriminadamente, de forma que seja garantida a “*demanda espontânea*” dos usuários, conforme preconizado pelo SUS (BRASIL, 1990; ASSIS *et al.*, 2007; CONASS, 2009), sendo que isso limita ainda mais o acesso dos assentados ao Sistema de Saúde:

essa Unidade de Saúde atende 7 assentamentos, e daí, então.. tem 10 vagas por dia no médico.. 10 fichas.. então.. quer dizer o que.. se nós.. se tiver uma pessoa por assentamento que tiver que procurar o posto, já são 7 fichas.. né!? então.. veja bem.. sobraria 3 fichas pra atender o resto todo da comunidade.. e agente sabe que tem dia que vai, né 4 ou 5 de cada assentamento.. pelo motivo mesmo de que é o dia que tem transporte... (S.T.7)

só que ninguém vai escolher só na quinta ou na sexta pra ficar doente!!! (S.T.4)

Na visão dos assentados, uma solução para este problema seria reservar vagas específicas para eles (ou um número de fichas) ou mesmo a existência de um representante deles (ou um ACS proveniente deles), que participasse dos processos decisórios dentro da USVG-SF ou mesmo dentro dos Conselhos de Saúde e que fosse o responsável por coordenar o processo de distribuição de fichas a eles, de forma a conseguir atender a todos, pois crêem que se esse processo de definição de quem vai ser atendido ou não “*fica na mão*” dos profissionais de saúde, eles ficam prejudicados, “*são cortados*”, e não conseguem ser atendidos na Unidade de Saúde:

a briga nossa com eles era pra que separasse as fichas do interior.. ou se, pelo menos, tivesse vagas de emergência.. ou reservadas pro pessoal do interior.. é isso que agente tentava negociar com eles.. (S.T.2)

e esse limite aí da questão das fichas pra mim não serve! O que serve é que... essas pessoas... agente de saúde..., ou coordenador..., o que seja..., que participam do Conselho Municipal de Saúde.. e que tenha autoridade por exemplo.. de..., “é na quinta-feira?... então, tá bom!..., então tem 5 fichas pro Butiá!”..., né!?. então.., na quarta-feira todo mundo já vai consultar!?. então quem vai, vem aí!!!!..., então quem tem que preencher aquela ficha é agente..., é aqui..., é o agente de saúde!..., preencheu aqui, e lá então tá garantido!..., não chegar lá pras enfermeiras preenchem..., porque daí elas nos cortam..., porque chega lá e não tem mais! (S.T.5)

Conforme entendem, outra forma de se resolver a dificuldade de acesso ao atendimento na USVG-SF seria disponibilizar uma equipe de ESF que viesse com uma determinada frequência aos assentamentos e acampamentos e os atendesse em algum local disponível, como por exemplo, a escola que se encontra desativada dentro do assentamento Butiá, pois, seria mais fácil que alguns poucos profissionais viessem até os assentamentos e acampamentos, do que todos os assentados se deslocassem até a Unidade de Saúde.

como é um número grande de famílias.. no assentamento.. a solução era centralizar.. centralizar o atendimento médico.. nem que fosse uma vez por mês.. ou 2 vezes por mês.. só que esse médico.. o enfermeiro.. da Secretaria lá, né!? que viesse atender.. pois nós temos ali uma escola.. tá parada aquela escola ali, né!? e atendesse o pessoal.. ou senão, eles liberassem mais ficha!! (S.T.7)

e é muito miór.. duas pessoas correr de lá aqui..., do que todo o Butiá correr lá.. e se tiver alguma pessoa que precisar antes daquele dia.. claro que eles têm que atender.. de qualquer maneira.. (S.T.1)

É importante observarmos aqui que, apesar de considerarem importante a participação nos espaços de controle social do SUS, não existe participação dos assentados no Conselho Municipal de Saúde de Rio Negrinho. Também não existem Conselhos Locais de Saúde ativos no município. Esse é um dos grandes desafios a ser superado na realidade

dos assentados de Butiá. Tais como concebidos, os Conselhos de Saúde, mediante a ação positiva dos gestores, são os responsáveis por facilitar o acesso e incentivar a participação da comunidade (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006).

Porém, os amplos e consistentes debates no seio da sociedade civil, do Legislativo e do Executivo, que resultaram na conquista democrática do SUS, criaram nessa conquista a expectativa convicta de que as políticas a serem executadas e controladas seriam aquelas conseqüentes ao peso das propostas de diretrizes pelas Conferências de Saúde, e das estratégias formuladas pelos Conselhos de Saúde. Como foi ficando claro nos últimos anos, o referido peso desenvolveu-se aquém do inicialmente previsto e/ou desejado, de tal sorte que as políticas formuladas cingem-se praticamente às expressas na Constituição, na Lei Orgânica da Saúde, nas Constituições Estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais, sendo que a Participação e o Controle Social, conforme são exercidos na prática nos Conselhos de Saúde, ainda distam muito da perfeição (COHN, 2003; CONASS, 2009).

Os Conselhos de Saúde, como espaços de Participação, ainda negam ou excluem amplos grupos da população (quer sejam índios, negros, quilombolas, mulheres, migrantes, bóias-frias, populações sem terra, etc.). Não somente pelas operações de representação – que vão afunilando mais e mais as vozes sociais até reduzi-las a umas poucas – mas também porque ainda *“não produzimos sensibilidade de escuta às vozes dissonantes. Ainda negamos, insensíveis, as dissonâncias culturais. Vivemos o próprio mundo das regras sociais estabelecidas. Nossas dinâmicas culturais renegam outras”* (CAVALCANTE, 2008, p.17). Na prática, nosso Controle Social ainda é pouco participativo, mesmo que esteja cheio de indivíduos valiosos e lutadores.

#### **4.3.2 Percepções de gestores e profissionais de saúde**

Na visão dos gestores e dos profissionais entrevistados, entre as poucas Unidades de Saúde existentes no *“interior”* de Rio Negrinho, a USVG-SF é a que se encontra mais bem estruturada, a mais bem equipada e a que oferece maior período de atendimento diário (das 07:30hs às 17:00hs), sendo que, nas outras Unidades, o atendimento é precário e limitado a alguns poucos dias e a poucas ações (a maioria funciona somente uma vez por semana e nem todas dispõem de médicos). Afirmam que devido a essa característica, grande parte das pessoas, nas outras localidades, busca atendimento na USVG-SF, que, segundo afirmam, é a *“mais resolutive”* e a que possui maior capacidade de atendi-



mento aos usuários.

Conforme afirmam, essa melhor qualidade e capacidade de assistência existente na USVG-SF devem-se ao que consideram ser uma “*boa vontade*” ou uma “*cumplicidade*” da Secretaria de Saúde, que dá uma atenção diferenciada a essa Unidade, por reconhecer as peculiaridades e dificuldades de se trabalhar no “*interior*”, como a grande distância entre as localidades, o excesso de usuários e a inexistência de outros mecanismos de apoio, como, por exemplo, o SAMU (Serviço de Atendimento Médico de Urgência). Por outro lado, consideram que há também mais cobrança e pesa mais responsabilidade sobre os profissionais da USVG-SF, pois são a “*única alternativa*” da região:

Então, todas essas localidades são atendidas aqui na Unidade, pois aqui em Rio Negrinho, agente tem pontos de atendimento médico em Rio das Pedras, Pocinho e Cerro Azul, mas esses pontos é aquela coisa, é uma casa, com armário fechado, com chave, onde tão o básico em medicação, aonde vai o médico uma vez por semana, ou de 15 em 15 dias dependendo da localidade, uma auxiliar de enfermagem, então assim, vai consultar, dá a medicação e deu!! Não tem acompanhamento, diferente daqui, que vem e consulta, tem que fazer prontuário, vai ter que retornar, assim, vai ter a resolutividade... (Prof.1)

mas eu vejo assim.. uma... boa vontade.. e não só desta gestão.. da outra também!... .. eu sinto que quando agente pede.., há(!).. , talvez uma cumplicidade(!).. eu vejo as vezes ela falar assim: “você são guerreiros(!) pela distância(!), pelos problemas(!)..” porque.. elas sabem(!).. como é difícil pra um médico.. enfermeiro.. ou qualquer profissional.. do interior(!).. tente se imaginar.. um profissional do(!) interior! (Prof.1)

e hoje eu te digo, e dou certeza, qualquer Unidade de Saúde em Rio Negrinho que você for, a mais bem equipada, é Volta Grande! (Gest.2)

agente sempre trabalha a(!) Volta... procura(!).., né(!), trabalhar a Volta Grande de uma maneira diferente(!).. sempre com um olhar diferente!.. por todas as dificuldades que eles têm, né!?... (Gest.1)

Assim, é consenso entre os gestores e profissionais que a assistência prestada na USVG-SF tem melhorado continuamente ao longo

dos anos, pois, pelas reivindicações dos profissionais da Unidade junto à Secretaria de Saúde, vêm conseguindo muitos benefícios que as outras Unidades interioranas geralmente não dispõem, como, por exemplo, a disponibilização de telefone para se fazer ligações de longa distância, o que pode ser importante em casos urgentes e até mesmo o fato de hoje haver uma ambulância e um carro exclusivos para a USVG-SF. Outro exemplo citado é a presença de três motoristas também exclusivos para a Unidade e a incorporação de técnicas de enfermagem na Unidade (mais qualificadas que as auxiliares de enfermagem), o que, segundo afirmam, “*são coisas simples, porém de grande importância no interior*”, pois podem influenciar positivamente no desempenho de uma Unidade de Saúde em condições tão peculiares:

vejo como um esforço da própria Secretaria, pela distância e pela dificuldade.. eles mandam pra cá... ah, e coisa simples(!), assim, que de repente, você vai dizer, mas “pô! Mas isso é bobagem”, mas pra gente, do interior, dá muito valor.. eles sabem que aqui agente tem que se virar.. (Prof.1)

então, são coisas que agente foi conseguindo: desde questões, de urgência(!), a ambulância(!), o carro(!)... tem 3 motoristas hoje? Tem! Tá bom? Tá! Tá ótimo? Não! Poderia ser melhor! (Prof.2)

Os representantes dos gestores justificam que a precariedade de assistência prestada nas outras Unidades interioranas se deve ao “*limitado contingente de profissionais disponível*” e até mesmo à “*falta de demanda*” nesses locais. Consideram ainda que se houvesse mais profissionais e maiores períodos de atendimento nessas unidades, talvez houvesse maior demanda dos usuários, porém afirmam que “*o município não comporta*” tal ampliação no quadro de funcionários e dos períodos de assistência nessas Unidades, devido às limitações orçamentárias. Consideram ainda que o município dá uma atenção diferenciada à área da Saúde Pública e que a Atenção Básica sempre foi “ *muito forte*” em Rio Negrinho. Um indicativo dessa importância dada ao campo da Saúde Pública em Rio Negrinho pode ser o fato de que, conforme afirmam os gestores, no município se aplicam mais recursos próprios (27% em 2009) do que o mínimo obrigatório pela EC 29 (15%) (CONASS, 2007) e que esse é um valor similar ao que é aplicado em uma cidade de grande porte:

só que como agente não tem um profissional pra tá mantendo nessas unidades durante a semana.. e também, não existe uma demanda tão grande assim(!).. então, nós fazemos um levantamento.. e agente acompanha.. todo mês a produção(!).. né!?!.. tem meses que você tem... digamos... 2 consultas.. então, na verdade não justifica você contratar um profissional pra deixar todos os dias.. lá!.. se tem uma demanda de 2 pessoas.. talvez até aumentasse, né!? Se mantivéssemos os profissionais sempre... mas a realidade do município, ela não comporta tantos profissionais aqui... (*Gest.1*)

nós podemos fornecer o que tá dentro do recurso que nós temos(!).. nem pra comunidade mais próxima.. se não existe o recurso(!), como é que você vai fornecer!? Tem coisas que você pode ajustar(!).. tem outras que não tem recurso!.. (*Gest.2*)

o comprometimento do recurso próprio do Município(!).. já tá em 27%! Isso é o recurso de uma cidade.. grande! Uma cidade de um porte bem maior(!).. de mais de 100 mil habitantes! Tipo Joinville(!)..(*Gest.2*)

na Atenção Básica já vem tudo(!) através de portarias, né!? O que você deve(!) fornecer!.. e o recurso pra você fornecer aquilo!... agente tem aplicado muito mais recurso próprio(!) pra fornecer muito mais coisa!... em exames, em consultas, em medicamentos, em tudo, né.... O Município aplica 27 e poucos % de recursos próprio... sendo que o obrigatório seria 15%!... pelo Ministério.. o que é preconizado!.. (*Gest.1*)

Há que se interpor alguns questionamentos nesse ponto. Primeiramente, no fato de que nessas colocações, subentende-se que no município de Rio Negrinho se avaliam as necessidades dos usuários e a produção dos estabelecimentos de saúde, baseando-se em critérios numéricos, tais como número de consultas, de exames, de usuários etc., os quais nem sempre refletem as reais necessidades de uma população. Por outro lado, esse sistema de avaliação e planejamento das ações em saúde adotado no Município pode ser visto como a reprodução do modelo preconizado pelo Ministério da Saúde, em que os gestores devem pactuar metas de produtividade baseando-se em índices numéricos para que consigam aprovar seu orçamento (ARRETCHE, 2003; BAHIA, 2005). Assim, o próprio Plano de Saúde de um município, que é um documento

que apresenta compromissos no âmbito municipal, já é constituído, essencialmente, por um conjunto de indicadores numéricos.

Isso implica em que o Gestor Municipal de Saúde venha a planejar as ações baseando-se, essencialmente, na quantidade de recursos financeiros disponíveis na Secretaria de Saúde, ao invés de conduzir-se pelas necessidades da população. A princípio, é uma forma bastante prática de se pensar, visto que sem os tais recursos não há como se desenvolverem ações em saúde. Porém, essa postura geralmente não consegue suprir as demandas da população. Concordando com ROS e SOUZA (2006), entendemos que planejar é mais do que se adaptar à quantidade de recursos.

Segundo esse autor, o “neoliberalismo” criou na mentalidade dos gestores e profissionais de saúde em geral, uma concepção de que planejar é “*adequar o sonho ao recurso que temos*” e “*como os recursos para o SUS têm sido pequenos (orientação de um determinado tipo de poder, seguramente com outra imagem-objetivo), devemos nos adaptar, tirando, portanto, ou a integralidade, ou a equidade, ou a universalidade e deixando no lugar dele um monstro; monstro esse que poderá ser justamente o sonho de outros planejadores (adversários), cujo projeto de SUS amplo como está concebido pelo movimento sanitário, os inviabiliza*” (ROS e SOUZA, 2006, p.6) em suas aspirações de caráter neoliberal.

Quem planeja, deve ter clara a distinção entre planejar e programar. Planejar é “*pensar no futuro, é sonhar e ter um desenho (pelo menos aproximado) de onde se quer chegar*” (ROS e SOUZA, 2006, p.2); é, portanto, “*construir um sonho*” (p.6). Dessa forma, a primeira etapa do planejamento é criar o que esse autor denomina *imagem-objetivo* (p.2), que deve ser, preferencialmente, uma imagem-objetivo “*societária – qual sociedade sonhamos, que é para onde queremos ir*” (p.2). Assim, somente “*à posteriori, vamos fazer uma análise de conjuntura*” (p.2) e iniciar a programação das ações, onde, a partir de nossa imagem-objetivo, verificamos “*que meios temos de chegar lá, ou o que vamos precisar fazer para conseguir meios de chegar lá*” (p.2). Portanto, se planejar é “*construir um sonho*”, programar, “*é ver como se constroem os tijolos*” (p.6).

Apesar desse questionamento, compreendemos as dificuldades práticas dos gestores de Rio Negrinho, pois, apesar do princípio da descentralização preconizado pelo SUS, em que os gestores municipais teriam mais poder de decisão sobre as ações em saúde no município, entendemos que o cotidiano do SUS se faz a partir de regras prioritariamente emanadas e controladas no poder executivo (ARRETCHE, 2003;

ORTIGA; CONILL, 2009). A engenharia institucional do SUS revela uma alta concentração no Executivo, principalmente, no âmbito federal, representado pelo Ministério da Saúde, o que decorre de uma alta centralização dos recursos da Saúde na União. É o que considera ARRETCHE (2003), para quem *“não há nenhuma garantia intrínseca à autonomia dos governos locais que os torne responsáveis, comprometidos com as necessidades dos cidadãos e determinados a administrar com eficiência”* (p.109). Isso significa que as políticas dos governos subnacionais são fortemente dependentes do poder normativo e econômico do Ministério da Saúde, pois estão fortemente sujeitas às transferências de recursos federais.

Porém, as formas como os gestores municipais se apropriam das políticas definidas nacionalmente, traduzem-nas e/ou adaptam-nas de maneira própria, em cada realidade, vai depender de sua capacidade e empenho em levar em conta as especificidades locais, assim como articular interesses corporativos, institucionais, econômicos e políticos (ORTIGA; CONILL, 2009).

A consideração desta reflexão nos leva a questionar também se é esse o motivo que propicia a existência do que consideramos serem contradições na forma como está estruturada a rede assistencial de saúde em Rio Negrinho. A primeira delas é o fato de existirem sete Equipes de SF no município, sendo que seis delas estão alocadas na área urbana e somente uma assiste ao *“interior”* - a USVG-SF -, a qual é também a única Unidade de Saúde em boas condições de atendimento em todas as localidades interioranas, conforme vimos nos apontamentos anteriores. Cabe observar que a região interiorana desse município é muito maior, em área, do que a região central urbana. Porém, o fato de se concentrar maior número de pessoas na área urbana talvez seja o que justifica o critério adotado para se alocar as equipes de SF dessa forma no município.

Os representantes dos gestores justificam essa situação afirmando que a Saúde Pública no Município é muito recente e está em contínuo processo de melhoramento, o qual ainda não foi finalizado, ao passo que a nova gestão está comprometida em continuar as melhorias que estão sendo realizadas, a exemplo daquelas implementadas na própria USVG-SF:

mas como nós viemos.. de uma história muito recente(!).. sem nada(!) de Saúde Pública(!)..quando eu cheguei aqui em 1999(!), eles tinham acabado de abrir as unidades.. algumas(!).. unidade que nós temos hoje.. onde as unidades não estavam equipadas... onde as unidades não tinham

profissionais(!).. então assim, é tudo muito recente!.. quando eu cheguei, nós não tínhamos nenhum programa!.. os programas tavam começando a ser implantados(!).. então eu acho assim.. se agente for analisar em 10 anos.. a evolução, assim.. foi(!).. imensa!!! (*Gest.1*)

Esse é um ponto importante a ser destacado, pois, o próprio SUS é bastante recente na história da Saúde Pública brasileira. De 1988 até hoje, mal passamos 20 anos de existência. Àquela época, o SUS foi implantado visando reordenar a precária estrutura dos serviços e ações de saúde no país, tendo como uma de suas bases operativas, o já referido princípio da descentralização. Por diversidade de características e de realidades locais, a descentralização vem ocorrendo de forma “*gradual, heterogênea, conflituosa e, por vezes, até inovadora em todo o território nacional*” (ORTIGA; CONILL, 2009), o mesmo se dando em Santa Catarina. Rio Negrinho somente em 1998 se habilitou à Gestão Plena do Sistema de Saúde, quando assumiu a responsabilidade pelas ações e serviços de saúde perante sua população (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, 2010).

Porém, uma segunda contradição, vinculada à primeira, é o fato de que, apesar de Rio Negrinho possuir uma área rural extensa, abrangendo uma grande variedade de localidades, assentamentos e acampamentos, não existem programas ou propostas especificamente voltados para a realidade rural (para o “*interior*”), sendo que a Secretaria de Saúde segue as mesmas diretrizes, conforme preconizadas pelo Ministério da Saúde, para áreas urbanas:

No... Plano Municipal... não(!).. assim voltado pro meio rural, não!. é que o nosso Plano vai ser refeito agora, no começo do ano agente vai fazer um novo Plano, né!? Daí..., agente teria que ver....que hoje tem só a parte... daí.. já tem instalada lá no interior é... assistência que é dada nesses postos pequenos.. postos de atendimento... (*Gest.2*)

aqui é diferente, é uma Saúde da Família, aonde, é rural, por tá longe do município-sede, mas por ser uma ESF, ela segue os planos iguaizinhos a de uma cidade... Programa de Hiperdia, Programa do Pré-natal, Vacina, Cisvan.... os programas normais que o Ministério da Saúde preconiza, né? Aqueles grandes programas... (*Prof.2*)

Esse é um indício claro da tendência brasileira de se privilegiar as áreas urbanas em detrimento das regiões interioranas (BERGAMASCO;

1998; ANDRADE, 2004; CARNEIRO, 2007), pois, é também na região central do município que se encontra grande parte dos estabelecimentos e recursos na área da Saúde (Posto Central, Pronto Socorro, Unidade Móvel etc.). Essa é, de certa forma, uma contradição própria do Ministério da Saúde, incorporada sorrateiramente ao SUS, que direciona a maior parte de suas ações e recursos para o contexto urbano (CAVALCANTE, 2008).

Exceções a essa regra podem ser as iniciativas recentes de se implementar políticas específicas para contextos diferenciados, como a “Política Nacional de Saúde Para as Populações do Campo e da Floresta” (PNPCF) (BRASIL, 2008), ainda incipiente, e mesmo as políticas específicas destinadas ao atendimento dos grupos indígenas, estas já mais bem estruturadas. Para se ter uma idéia dessa tendência de “marginalização do rural” em detrimento do urbano (BERGAMASCO, 1998), nenhum dos gestores e profissionais entrevistados conheciam (ou sequer tinham “*ouvido falar sobre*”) essa política diferenciada para o campo, a PNPCF, mesmo sendo uma política de caráter nacional vinculada pelo Ministério da Saúde.

A prática das diretrizes preconizadas por essa política poderia favorecer a criação de propostas específicas para essa realidade, assim como o aprimoramento da assistência já prestada a essas populações (CARNEIRO, 2007). De qualquer maneira, ainda vigora no município o Plano de Saúde antigo (2005-2008), no qual não estão contempladas ações nesse sentido. Talvez a partir da elaboração do próximo Plano de Saúde, que se dará, segundo os gestores, em 2010, incluam-se propostas direcionadas ao “*interior*”.

Conforme entendem os gestores e profissionais, apesar de não existirem programas ou propostas exclusivos para a área rural, todos os programas implementados no município são destinados a atender a realidade rural, ao passo que a USVG-SF é tida como o principal meio de assistência prestada a essas populações, incluindo os Sem Terra. Existe ainda o Posto de Atendimento Médico de Cerro Azul, que funciona como uma extensão da USVG-SF, onde existe um ACS supervisionado pelo coordenador da USVG-SF. Conforme afirmam, as únicas ações implementadas de forma diferenciada no contexto dos Sem Terra são as campanhas de vacinação e as palestras de Educação em Saúde, nas quais os profissionais vão até os assentamentos e acampamentos da região:

Todos(!) os programas(!) são voltados pro... assim(!).., enfoque exclusivo pra área rural não tem! Mas assim, a Volta Grande é(!) a área rural(!), e lá tem a Estratégia...

de Saúde da Família(!).. e aí tem o Cerro Azul, que também é área rural, que tem uma extensão do programa lá... (*Gest.1*)

agora, se você me perguntar assim: qual os programas que agente tem para o pessoal das localidades, assentamentos e os acampamentos.... olha, o programa é a vacinação, que mesmo longe agente vai, vai atrás...., palestras, que agente tenta atingir, nas escolas, associação, ou numa igreja, o maior número de pessoas.. (*Prof.1*)

Ao constataremos essas contradições, deparamos com uma terceira, que tem implicação direta sobre a saúde dos assentados de Butiá: refere-se à dinâmica de funcionamento da USVG-SF, que, a princípio, deveria funcionar como uma Estratégia Saúde da Família (ESF), seguindo os protocolos e regulamentos preconizados para essa estratégia. Porém, o que se percebe, na prática, é que essa Unidade acaba assumindo uma dupla função, atuando, simultaneamente nas atividades de uma ESF típica e também como uma “*pseudo*” Unidade de Pronto Atendimento, conforme nos relatam:

A assistência no interior é prestada através dessa Unidade de ESF, que eu sempre digo, é uma Unidade de ESF, mas ela acaba fazendo um papel de, eu vejo isso aqui como um, não chegaria ser um Pronto Atendimento, pois precisaria não fechar meio dia e ficar até um pouco mais tarde, mas, é uma coisa assim, um pseudo Pronto Atendimento, tá no meio dos dois, pois uma Unidade de Saúde deveria atender somente aqueles da Área de Abrangência, fechar e deu... mandar pras referências: Hospital, Corpo de Bombeiros, SAMU, Posto Central... e aqui nós não temos essa realidade... (*Prof.1*)

Uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) é uma unidade de saúde que funciona em horário integral, inclusive nos fins de semana. Oferece um serviço pré-hospitalar específico para pequenas e médias urgências e emergências, inclusive odontológicas. Uma UPA também deve estar preparada para atender pacientes graves, até que sejam removidos para um hospital de referência. É um estabelecimento de saúde que conta com infra-estrutura física e capacidade muito maior do que uma simples Unidade Básica de Saúde (como a USVG-SF). Deve ser implantada em locais/unidades estratégicos para a configuração das redes de atenção à urgência, com acolhimento e classificação de risco em todas as unidades, em conformidade com a Política Nacional de



Atenção às Urgências (BRASIL, 2007).

Um dos problemas decorrentes dessa situação “*irregular*” da USVG-SF é aquele já mencionado “excesso de demanda” para a Unidade, que inclui as famílias cadastradas (Área de Abrangência), mais as outras localidades, os assentamentos e os acampamentos (Área de Influência), o que acaba fazendo com que haja uma limitação da assistência na Unidade pela distribuição das “fichas”, além de provocar grande indignação entre os assentados e a população local em geral.

A fim de se conseguir atender a essa grande demanda e ainda cumprir com os programas preconizados para uma ESF, é estabelecido um cronograma de trabalho dentro da USVG-SF, ficando, em determinados dias, o atendimento restrito à Área de Abrangência (“*Vila*” ou “*Volta Grande*”), enquanto que em outros, dá-se prioridade à Área de Influência (“*interior*”), alternadamente (Quadro 5).

**Quadro 5** - Cronograma de atividades semanais da USVG-SF.

	2ª feira	3ª feira	4ª feira	5ª feira	6ª feira
Manhã	Volta Grande	Interior	Volta Grande	Interior	Volta Grande
Tarde	Programas (CISVAN, HIPERDIA etc.)	Programas (CISVAN, HIPERDIA etc.)	Programas (CISVAN, HIPERDIA etc.)	Programas (CISVAN, HIPERDIA etc.)	Programas (CISVAN, HIPERDIA etc.)

Fonte: Faria (2008)

Os profissionais da Unidade afirmam, porém, que em muitos casos, deve haver flexibilidade nesse cronograma, para que melhor se possa atender a todos:

claro(!), quem tem dor, passa na frente, mas, outro procedimento(!); é interior(!).. é interior.. claro(!), não veio ninguém do interior, ou veio 2 e tá sobrando, é encaixado alguém da Vila.. e assim, vice-versa, no dia da Vila, né!? Agente faz essa jogada... (*Prof.1*)

O fato de a USVG-SF atender mais pessoas, além de sua área de abrangência, é relatado pelos gestores e profissionais como sendo uma situação comum a todas as outras ESF do município, o que acreditam se dever à tendência de os usuários buscarem assistência nos locais que mais lhes convêm, geralmente no mais próximo de onde vivem, e, não necessariamente, na Unidade em que estão cadastradas, à qual deveriam recorrer:

Mas em todas as outras acontece isso!!! ...acaba sempre atendendo aquela população que as vezes é mais perto vim neste postinho que no outro.. mas..., pela área de abrangência, deveríamos.. prestar assistência no posto tal.. que é mais perto, então vai lá(!).. geralmente em todos(!) acontece isso!.. e o centro acaba atendendo a área que não tem cobertura e mais a população ainda que não vai no seu postinho(!).. que acaba vindo aqui(!)..(Gest.2)

O “quanto” mais pessoas buscam essas outras Unidades não pôde ser investigado em nossa pesquisa, porém, fica o questionamento sobre se há alguma Unidade de Saúde em Rio Negrinho que tenha um número tão grande de usuários oriundos da Área de Influência quanto a USVG-SF (conforme vimos, 1800 pessoas “cadastradas” na Área de Abrangência e 2600 da Área de Influência). O que se pode dizer é que a USVG-SF atende a um número de usuários superior ao limite máximo estabelecido para uma Equipe de Saúde da Família, o qual não deveria exceder a 4000 pessoas – o recomendado é que cada equipe atenda uma média de 3000 pessoas (BRASIL, 2007).

E uma vez que os assentados não fazem parte da Área de Abrangência, pertencem, portanto, à Área de Influência, sendo que acabam tendo sua assistência na USVG-SF resumida ao atendimento que lhes é prestado diretamente na Unidade, através da sua “*demand espontânea*” (ou livre demanda), por meio da “*pseudo Unidade de Pronto Atendimento Volta Grande*”, ficando eles desvinculados dos programas próprios de uma Estratégia Saúde da Família, tais como os implementados pela USVG-SF (HIPERDIA, CISVAN etc.).

Uma grande contradição daí decorrente é o fato de que o Município de Rio Negrinho recebe um “*acrécimo*” em seu orçamento para a área da Saúde, destinados à USVG-SF, para que essa Unidade atenda aos Sem Terra. Dito de outra forma, o município recebe, destinados à USVG-SF, 50% a mais sobre o orçamento repassado pelo Governo Federal, como um “*incentivo*”, para atender aos Sem Terra, conforme definido na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, que estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e prevê esse benefício para os municípios que tenham sob sua responsabilidade assentamentos devidamente regularizados pelo INCRA, como é o caso do Assentamento Butiá. Observemos na tabela abaixo, elaborada a partir do relatório Repasse da Atenção Básica - SC (2010), em que se encontram detalhados os recursos repassados para o Município de Rio Negrinho, referentes ao mês de Fevereiro de 2010, destinados ao desenvolvimento da Atenção Básica em Saúde.

**Tabela 5** - Repasse Financeiro Federal e Estadual para desenvolvimento de ações de Atenção Básica em Saúde por Equipes de Saúde da Família (SF) e de Saúde Bucal (SB), em Fevereiro de 2010.

NÚMERO DE EQUIPES E ACRÉSCIMOS FEDERAIS (FEVEREIRO/2010)	TOTAL
Nº Eq. Saúde da Família (SF)	7
Repasse Federal SF (R\$6.400,00 eq./mês)	44.800,00
Nº Eq. SF em Assentamento	1
Acréscimo Federal SF (R\$3.200,00 eq./mês)	3.200,00
Nº equipes SB (fev.2010)	5
Repasse Federal SB (R\$2.000,00 eq./mês)	10.000,00
Nº Eq. SB em Assentamento	1
Acréscimo Federal SB (R\$1.000,00 eq./mês)	1.000,00
Acréscimo Total SF + SB (eq./mês)	4.200,00

**Fonte:** MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS (2010)

O curioso é que quando questionados sobre esse acréscimo repassado ao município para assistência aos Sem Terra, os gestores e profissionais entrevistados alegaram desconhecer que o município recebia tal recurso, com exceção de um dos representantes da Secretaria de Saúde (o que aí trabalha há mais tempo). Houve ainda um dos gestores que relatou que, após ter sido questionado pelos Sem Terra sobre a existência deste acréscimo, procurou se informar, até mesmo junto ao Prefeito, e garantiu enfaticamente que *"nunca foi repassado 1 real pra Secretaria, nem pra Prefeitura!"* e que isso era *"certeza absoluta!"*. Afirmou ainda que, como não existe atuação da USVG-SF dentro dos assentamentos e acampamentos, não recebem nenhum recurso adicional para atendê-los, sendo que, conforme afirma, a assistência prestada a eles é financiada com recursos próprios do Município:

o pessoal do assentamento me perguntou(!).. e quando nós fomos atrás e falamos lá com o Prefeito.. não recebemos nada!! Nem do primeiro(!), que você mesmo disse que eles tão há 20 anos.. nunca foi repassado 1 real pra Secretaria, nem pra Prefeitura! Nunca!!! Isso é certeza absoluta!!! Isso é uma das coisas que posso te garantir que.. me perguntaram! "Que o pessoal do INCRA, quando foi lá.. disse que é repassado uma verba(!), então agente tem direito(!) a não sei o que.. tudo".. eu disse: "ó, eu vô bem certinho pra ver isso e depois eu vou passar pra vocês!".. fui lá.. e não existe(!) nada!!! Desde o primeiro assentamento, não existe(!) nenhum(!) repasse.. de ne-

nhuma(!) moedinha! Nada!! Então nós trabalhamos com recurso(!) próprio!! Né!? Porque como não tem estratégia nos assentamentos, não vem nenhum auxílio(!).. do Governo! Então é tudo recurso próprio que é usado pra gente poder atender essas comunidades(!).. do INCRA não vem nada! (*Gest.1*)

Embora aleguem desconhecer a existência desse acréscimo, o fato é que a USVG-SF recebe um adicional federal de R\$3.200,00 por mês, pelo trabalho de Saúde da Família nos assentamentos do entorno de Volta Grande. Recebe ainda mais R\$1.000,00 mensais pelo trabalho em Saúde Bucal junto a eles - visto que conta também com os serviços de odontologia - totalizando R\$4.200,00 mensais, ou R\$50.400,00 anuais extras para o desenvolvimento da assistência à saúde dos assentados (MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS, 2010). Esses valores, para uma política pública que visa promover a equidade e a ampliação da assistência a populações em condições de exclusão, são realmente inexpressivos e seguramente insuficientes para atender tal objetivo. Porém, são repassados pelo Ministério da Saúde diretamente aos Municípios, com um propósito bem definido, que é a assistência à saúde dessas populações (BRASIL, 2008).

Essa situação caracteriza uma grande incoerência, pois, apesar desse acréscimo no orçamento da USVG-SF, com esse propósito específico, o que se verifica, na prática, é o que pode ser caracterizado como, no mínimo, uma insuficiência na assistência à saúde prestada aos assentados, a qual se reduz ao atendimento de sua livre demanda na USVG-SF e às campanhas de vacinação, em geral. Seguem, portanto, excluídos de outras importantes dimensões trabalhadas dentro de uma ESF, como a prevenção e a promoção da saúde, além dos programas que abrangem às fases específicas do ciclo de vida (saúde da mulher, cuidado da criança, cuidado do idoso etc.). A Estratégia Saúde da Família pressupõe a integralidade das ações e o trabalho interdisciplinar da equipe de saúde, não podendo basear-se simplesmente na atenção à demanda espontânea (modelo assistencial focado na doença) (STARFIELD, 2002; ASSIS *et al.*, 2007; SANTOS, 2009).

A construção da integralidade nas práticas de saúde é hoje um dos maiores desafios para o SUS. A “*noção de integralidade*”, como menciona Teixeira (2004), sinaliza-nos com duas perspectivas. A primeira, nos direciona à integralidade do sistema de serviços de saúde e, a segunda, nos remete à integralidade das práticas de saúde, isto é, à articulação das ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, diagnóstico, recuperação e reabilitação de danos em todos os níveis

organizacionais do sistema de serviços.

Como menciona a autora, o debate que envolve a integralidade abarca questões estruturais e conjunturais complexas. Não é nosso intuito aprofundar tais questões nesse estudo, mas refletir sobre a importância da Estratégia Saúde da Família *“como elemento central para adequação das respostas oferecidas pelo SUS aos problemas de saúde da população”* (TEIXEIRA, 2004, p.18), contribuindo para reforma das práticas de saúde, especialmente na realidade do campo, tendo sempre como norte, a universalização da Atenção Básica e a integralidade das ações e serviços. Neste sentido, é preciso superar o modelo medicalizador, reduzido a ações curativas focadas na doença, que atende somente à demanda espontânea, para outro, que incorpore a promoção e vigilância à saúde, seguindo a proposta da Política Nacional da Atenção Básica como diretriz para atuação das equipes de Saúde da Família.

Apesar dessa situação evidenciada na USVG-SF, de uma maneira geral, pode-se dizer que os gestores e profissionais consideram que o Sistema de Saúde de Rio Negrinho atende às necessidades dos Sem Terra, embora avaliem que a assistência prestada – tanto a eles quanto às outras localidades interioranas – ainda é insuficiente. Na visão deles, apesar de não estarem incluídos nos programas da ESF - por não serem famílias cadastradas -, conseguem acessar o Sistema de Saúde, pela *“livre demanda”*:

No geral..., atende! Porque agente não diferencia o que é assentado do que não é..... qualquer pessoa que busque assistência vai receber assistência.... (*Gest.2*)

agente tem uma preocupação bem grande em nunca discriminar ninguém!... (*Prof.2*)

Existe acesso deles aqui? Sim! Tem a livre demanda, o pessoal vem e é atendido... se mandar hoje agente agenda, tem aquele jogo de cintura, não é barrado por não ser da Vila... mas não tem um programa diferenciado pra atender essa população.. os assentamentos e tal... o bom, é que, as pessoas que fazem parte da agenda, cadastradas, não tem o conhecimento do direito que elas têm, então assim, normalmente, aquela família cadastrada que tem um agente de saúde, ela sabe que ela tem preferência às consultas, mas aqui o pessoal acaba entendendo que agente é obrigado a deixar vagas para o interior, é obrigado a deixar passar na frente aquela pessoa que tem que pegar o ônibus, então há uma compreensão, as vezes me per-

gunto, por bondade ou por não saber dos seus direitos.  
(Prof.1)

A partir destes relatos, percebe-se que os gestores e profissionais avaliam que é satisfatória essa assistência prestada aos Sem Terra, justamente por considerarem que o atendimento dado a eles é o mesmo dado a “qualquer pessoa que busque assistência”, não os diferenciando, portanto, de outros usuários, pois, conforme afirmam, têm “uma preocupação bem grande em nunca discriminar ninguém”. Porém, há que se questionar se o fato de não diferenciarem “o que é assentado do que não é” demonstra um entendimento permeado pelos princípios de universalidade e igualdade, em que a saúde é vista como “um direito de todos”, sem discriminação, preconceitos ou privilégios, ou apenas revela uma desconsideração do princípio da equidade, o qual se baseia na promoção da igualdade reconhecendo-se as desigualdades que atingem aos diferentes grupos e indivíduos (BRASIL, 1990; SOARES, 2006; CAMPOS, 2008; BRASIL, 2008).

Soares (2006) considera que foi dentro do debate sobre a “tensão” entre a universalidade e a equidade, entre o universal e o específico, que surgiu grande parte da “discussão sobre políticas de saúde voltadas para os setores mais pobres da população urbana, assim como para as sociedades indígenas, comunidades negras (remanescentes de quilombo) e, ultimamente, para a população do meio rural” (p.58). Também foi dentro desse debate que se desenvolveram as discussões realizadas entre os movimentos sociais do campo e o Ministério da Saúde sobre a Política Nacional de Saúde para as Populações do Campo e da Floresta (PNSPCF) (CARNEIRO, 2007; BRASIL, 2008).

A universalidade do acesso aos serviços públicos de saúde em todos os níveis de assistência está inscrita na lei que regula as ações e serviços de saúde, sendo uma das principais diretrizes da Política Nacional de Seguridade Social (BRASIL, 2007). Ao mesmo tempo, o princípio da equidade aponta para a necessidade de se administrar o Sistema levando em conta as especificidades sociais, econômicas e culturais das diferentes regiões do País (SOARES, 2006). Em um país marcado pela iniquidade e exclusão social, especialmente em relação às diferenças de gênero, raça, etnia, classe social e renda etc., esse objetivo só pode ser atingido “com ações específicas voltadas para a melhoria das condições de saúde dos setores mais vulneráveis da população” (p.59).

Conforme aponta Junges (2008), para as sociedades “assimétricas e desiguais latino-americanas não pode valer a perspectiva política da igualdade e da isonomia, próprias de países ricos” (p.4), em que os

cidadãos têm consciência e vigência dos seus direitos. Para esses, a “*e-xigência de direitos se reduz à defesa da liberdade e da iniciativa individuais contra o poder do Estado*” (p.4). Onde não existe essa consciência e vigência plenas, “*as pessoas sofrem de vulnerabilidades sociais específicas, também chamadas de suscetibilidades*” (p.5), contra as quais o Estado tem o dever de proteger, assegurando os direitos prestativos. Um desses direitos sociais é o direito à saúde. Conforme entende, a Saúde Pública “*é a expressão política desse dever prestativo. As suas medidas sanitárias têm antes de nada o objetivo de ofertar cuidado e proteção a grupos vulneráveis com vistas à prevenção do adoecimento e da promoção do bem-estar e da qualidade de vida*” (JUNGES, 2008, p.6).

Há que se observar, também, que naqueles últimos relatos, esconde-se outra grande contradição que se refere à assistência prestada pelo Sistema de Saúde aos Sem Terra. Trata-se desse “*acesso*” a que se referem os gestores e profissionais, que incute uma noção de “*saúde como caridade*” ao invés de “*saúde como direito*” (COHN, 2003; JUNGES, 2008; GUIZARDI; PINHEIRO, 2008), em que os Sem Terra acabam acessando a assistência na USVG-SF graças a um “*favor*” que se presta aos mesmos (“*jogo de cintura*”). Seu direito constitucional à saúde acaba transformado em um “*benefício*” prestado “*caridosamente*” a eles com a “*compreensão da coordenação*” (da Secretaria de Saúde) e a “*compreensão*” das famílias cadastradas, que “*não têm conhecimento do direito que elas têm*” e aceitam que os Sem Terra e as localidades do interior também possam ser atendidos na USVG-SF, talvez por “*bondade*” ou por desconhecimento de sua prioridade no atendimento.

Dessa forma, em Rio Negrinho, é prestada uma assistência “*irregular*” aos Sem Terra, graças a uma adequação realizada na USVG-SF, com o aval da Secretaria de Saúde, a qual, para atender a outras áreas que não a de abrangência, acaba funcionando como uma “*pseudo Unidade de Pronto Atendimento*”, o que sobrecarrega o trabalho dos profissionais da unidade, além de precarizar a assistência aos usuários em geral.

.. e por isso que agente não nega atendimento pra eles, nem no Volta Grande!.. quer dizer... não negáramos de qualquer jeito(!), porque o SUS, ele é muito claro, né!? É abrangente, né!?.. agora.. é.. a Estratégia, ela prevê isso. (Gest.2)

É(!)... que não deveria né?!.. prestar esse serviço de Pronto Atendimento... e daí tu foge totalmente da filosofia da

Estratégia!! Só que como(!).. é... agente tem que ter um olhar.., sabe.. diferenciado.. então.. (Prof.1)

A impressão que dá é que existe uma "obrigação moral" de atender a "*demanda espontânea*" das pessoas de outras localidades fora da área de abrangência (incluindo os Sem Terra), embora os gestores e profissionais saibam que, em teoria, as pessoas das Áreas de Influência (não cadastradas), deveriam buscar assistência nos Postos Centrais ou de Referência, localizados na região central de Rio Negrinho, como ocorre com qualquer ESF.

Ah, sim!.. da lógica! Da lógica que deveria(!), né!?, ser só(!) pra quem é da área de abrangência, mas que, agente é obrigado... não tem como... o pessoal vem de longe... não dá pra dizer "não vô, não dá!" (Prof.2)

Como qualquer Saúde da Família, se a família não é cadastrada, se ela precisar, ela vai ser atendida lá no Posto Central..., mas..., claro!, se for uma emergência, não vai ser negada!..(Gest.2)

Para Guizardi e Pinheiro (2008, p.798), essas características expõem a "prevalência histórica de relações político-sociais arcaicas, marcadas pelo signo da submissão e do favor". Relações em que "o plano do direito não chega a ser sequer enunciado, permanecendo a experiência política como uma concessão fundada em referências privatistas e personalistas de poder", no que denomina "cidadania concedida". Segundo a autora, esta teria sido a "primeira forma de organização dos direitos civis, que se constituíram então como dívida concedida pelos senhores de terra aos homens livres e pobres a ele submetidos". Estabelecia-se com isso toda "uma rede cultural, social e econômica centrada na categoria do favor, em função da qual tais relações sociais teceram-se como relações de mando e subserviência" (p.798).

Que fique claro que não é nossa intenção julgar as concepções e práticas dos gestores e profissionais participantes de nossa pesquisa, nem tampouco encontrar "*culpados*" para nenhuma das situações aqui apresentadas. Consideramos que a realidade social não pode ser maniqueísticamente dividida, mas sim, que é permeada por relações muito mais complexas do que aquelas aparentemente perceptíveis, por relações de poder e dominação historicamente construídas, que permeiam toda a sociedade (JUNGES, 2008). Na verdade, consideramos que há um verdadeiro desejo desses sujeitos, como trabalhadores de saúde que são, em promover melhorias nas condições de vida e saúde da população que



atendem. Seu compromisso com a Saúde Pública permearam vários de seus depoimentos, como o que apresentamos a seguir:

Agente trabalha em tantas áreas aqui que eu vô te dizer!... falta tempo! Porquê assim, eu sou apaixonada por Saúde Pública!!! Amo de paixão(!), assim desde a minha formação.. então(!)..., é... eu me envolvo com tudo.. e aí as vezes eu me envolvo demais!!.. (*Gest.1*)

Porém, com estas reflexões, tentamos dar luz a essas contradições que não são exclusivas de governos autoritários, nem tampouco de classes específicas autoritárias, mas, simplesmente, “*relações sociais autoritárias*” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2008, p.798), incrustadas no seio de nossa sociedade. Segundo Chauí (1993), no contexto dessas relações, as leis tornam-se instrumentos privados, incapazes de forjar uma arena pública, marcada pela afirmação igualitária, mesmo que apenas em sua apropriação formal. Dito de outra forma, são relações vivamente presentes em nossa sociedade,

na qual, as diferenças e assimetrias sociais e pessoais são imediatamente transformadas em desigualdades, e estas, em relações de hierarquia, mando e obediência (situação que vai da família ao Estado, atravessa as instituições públicas e privadas, permeia a cultura e as relações interpessoais). [...] Todas as relações tomam a forma da dependência, da tutela, da concessão, da autoridade e do favor, fazendo da violência simbólica a regra da vida social e cultural. Violência tanto maior porque invisível sob o paternalismo e o clientelismo, considerados naturais e por vezes, exaltados como qualidades positivas do caráter nacional (CHAUÍ, 1993, apud GUIZARDI; PINHEIRO, 2006, p.798).

As dificuldades e limitações na assistência prestada pela USVG-SF são percebidas pelos gestores e profissionais, os quais afirmam que, apesar dos problemas decorrentes do excesso de demanda atendida na Unidade, procuram realizar a melhor assistência possível aos Sem Terra (assim como a todos os usuários) e que só não “*fazem a mais*” porque é “*impossível*”. Consideram que a solução para a melhoria na qualidade da assistência dessas populações pode ser a conversão da USVG-SF em uma verdadeira Unidade de Pronto Atendimento, a qual possibilitaria melhor atendimento à Vila de Volta Grande, às localidades e aos Sem Terra, em geral. Isso deixaria livre a Equipe de Saúde da Família para desenvolver outros tipos de ações dentro dos assentamentos, como a

promoção da saúde e a implementação dos programas específicos da ESF. Conforme crêem os gestores e profissionais, sempre houve no município uma “*vontade política*” que buscasse atender às demandas dos Sem Terra, tanto da Secretaria de Saúde quanto da Prefeitura nas diferentes gestões passadas:

fica uma coisa assim, num vou dizer a desejar, porque agente tá atado... há uma compreensão da coordenação, aí fica aquela ansiedade de agente querer fazer mais, mas não tem, não tem como. (*Prof.1*)

então, tanto o Volta Grande, quanto o Cerro Azul.. eles só não fazem a mais(!).. porque.. no momento, tá impossível assim.. mas no futuro breve(!).. nós temos que ter um P.A. (UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO) lá na Volta Grande!.. sabe!? É.. prestar um atendimento.. né!? Seqüente(!) ao ESF!.. porque o ESF, as vezes às 17hs ele fecha a porta, né!?!.. e aí aquelas comunidades ficam sem.. mas... (*Gest.2*)

mas é como eu te falei: agente.., tá nessa nova gestão.., né!?!.. a anterior também.., sempre que pôde trabalhar.. a favor do.. do MST.., dos assentados.., dos acampados.., trabalhou!... que agente pensa muito neles!, né!?. eu já passei por alguns Prefeitos.. e assim, todos sempre procuraram pensar!.. (*Gest.1*)

se pode cumprir, uma Saúde Coletiva, tudo pro SUS e pro povo?.... que assim, é legal fazer? É! Tem como fazer? Rio Negrinho hoje tem pé pra fazer isso? Existe um fornecimento do Estado, ou a nível Federal, pra que ele possa bancar isso? Eu, sendo bem advogado do diabo, acho que não! (*Prof.1*)

Em síntese, apesar de o Município de Rio Negrinho receber um repasse 50% do Governo Federal como acréscimo no orçamento da USVG-SF, justamente pelos assentamentos sob sua responsabilidade, percebe-se que a assistência prestada aos Sem Terra está resumida àquela efetivada de forma “irregular” nessa Unidade. Essa assistência ofertada a eles pode ser vista como um “*quebra-galho*”, pois são serviços normalmente prestados em uma Unidade de Pronto Atendimento sendo realizados em Unidade de Saúde da Família. Essa situação de “irregularidade” no funcionamento da USVG-SF reflete um pouco de uma das contradições próprias manifestadas pelo SUS a nível local, cuja prática

não raramente se distancia de suas diretrizes teóricas (BRASIL, 2002; GRISOTTI, 2006; CAMPOS, 2008), o que ocasiona grandes dificuldades e entraves quanto à sua execução, sendo que, muitas vezes, só se efetiva, por meio desses “*quebra-galhos*”.

Na realidade de Volta Grande, o excesso de demanda (abrangência/influência), associado ao fato de se tratar de uma área rural, distante do município-sede, são alguns dos fatores que limitam a atuação da Unidade. Devido a essa situação peculiar, torna-se inviável concretizar todos os programas conforme a cartilha do Ministério da Saúde, normalmente direcionados à realidade urbana (BERGAMASCO; 1998; ANDRADE, 2004; CARNEIRO, 2007). Conforme entendemos, a própria USVG-SF, apesar de estar localizada no “*interior*”, na prática, funciona como uma ESF que segue os mesmos programas preconizados para a área urbana, embora seja “*ajustada*” para atender a essa realidade singular.

O que encontramos nesse contexto estudado é uma limitação na qualidade da participação das três categorias de sujeitos: não há integração entre os assentados, os profissionais e os gestores, tanto no processo de identificação dos problemas de saúde dos assentamentos e acampamentos da região, quanto na discussão crítica sobre as limitações e possibilidades de mudanças no encaminhamento e no controle das estratégias definidas (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006).

A realidade dos serviços oficiais de saúde, encontrada nas discussões apresentadas e nas percepções dos sujeitos deste estudo, mostra as fragilidades e os limites das práticas sociais efetivadas nos espaços de concretização do SUS, especialmente, na realidade do campo. Práticas essas que, se estivessem calcadas na participação efetiva da população, integradas com os demais setores envolvidos no processo, seriam capazes de promover a melhoria da qualidade desses serviços, repercutindo na qualidade de vida e saúde dos sujeitos de forma geral.



## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo como base as sínteses já elaboradas no transcorrer da análise dos dados, neste capítulo apresentaremos algumas reflexões finais, na tentativa de integrar os objetivos da pesquisa com os resultados obtidos e apontar caminhos para a superação das dificuldades encontradas.

Enfatizamos que esses dados foram originados pela modalidade “estudo de caso”, de abordagem qualitativa. Isso significa que eles não podem ser analisados sob a ótica da generalização, mas sim, sob a ótica qualitativa, tendo em vista que os significados sobre o fenômeno estudado expressam particularidades de situações humanas situadas num tempo e espaço específicos. Entretanto, isso não impede que a leitura desses dados considere a “realidade” presente nesses significados, já que as situações que os fizeram emergir têm origem e finalidade em questões coletivas, encontradas em grande parte dos assentamentos e acampamentos brasileiros, o que torna os dados representativos (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006).

Historicamente, as políticas de saúde no Brasil, e especialmente no campo, voltaram-se para interesses econômicos, que, para potencializar a exploração dos recursos naturais, necessitavam de mão-de-obra sadia. Os maiores avanços dessas políticas ocorreram nos períodos históricos em que os movimentos sociais estiveram mais organizados. As respostas do Estado às pressões exercidas por eles podem ser entendidas como estratégias de legitimação frente à sociedade e de cooptação desses movimentos. Como resultado desse processo, as populações do campo sempre enfrentaram a descontinuidade das ações e programas de saúde oficiais, modelos que não se consolidaram, e uma fragmentação de iniciativas que ainda contribuem para seus altos níveis de exclusão e discriminação no campo da saúde.

As lutas dos movimentos sociais e a crucial atuação do Movimento pela Reforma Sanitária culminaram na garantia constitucional do Direito Universal à Saúde em nosso País, formalizado na Constituição de 1988. A partir daí, se introduziram importantes modificações no Sistema de Saúde com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), implementado a partir de 1990, institucionalizando a universalidade da cobertura e do atendimento, assim como a uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços de saúde para populações urbanas e rurais.

Entretanto, a conquista constitucional do SUS, como sistema de atenção e cuidados em saúde, não tem sido suficiente para garantir a efetivação desse direito, na prática (GRISOTTI; PATRÍCIO, 2006), e, em especial, na realidade do campo, onde se encontram as maiores ini-

qüidades das condições de saúde. A conquista desse direito precisa estar articulada à participação da sociedade e à ação sistemática e intersetorial do Estado sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DDS), os quais abarcam o conjunto dos fatores de ordem econômico-social e cultural que exercem influência direta ou indireta sobre as condições de saúde da população (BUSS, 2007).

A Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta - PNSPCF (BRASIL, 2008), ainda em construção e negociação perante os órgãos públicos e movimentos sociais, significa um compromisso pela saúde dessas populações, que compreendem povos e comunidades com modos de vida e reprodução social particulares, necessitando, portanto, de políticas específicas capazes de superar as iniquidades encontradas em suas condições de saúde.

Em nosso estudo, procuramos compreender como se dão as relações dos Sem Terra (assentados de Butiá) com os seus processos de saúde-doença e como se relacionam com o Sistema Público de Saúde (SUS). Esse objetivo, a nosso ver, foi alcançado, embora, possamos dizer que as considerações obtidas aqui não são, e nem pretendem ser, definitivas. Em nosso contexto específico, a Secretaria de Saúde de Rio Negrinho é a gestora do Sistema Único de Saúde no município e a principal responsável pela assistência à saúde dos assentados.

Pelas nossas análises, evidenciamos que, apesar do grande desenvolvimento da Atenção Básica em Santa Catarina e dos sucessivos aumentos nos recursos repassados pelo Governo Federal para o financiamento dessas ações em Rio Negrinho, percebe-se certa estagnação da Atenção Básica no município. Isso, se considerarmos o reduzido crescimento no número de equipes de Saúde da Família e em sua respectiva cobertura populacional (54,86%), a qual está abaixo da média do Estado (68,68%), conforme vimos em nossas discussões.

Nos últimos anos, a Estratégia Saúde da Família (ESF) vem sendo considerada a estratégia prioritária do governo para a reestruturação, não apenas da Atenção Básica, mas também de todo o modelo assistencial (STARFIELD, 2002; PAIM, 2006; BRASIL, 2007). O Município de Rio Negrinho implementou as primeiras Equipes de SF somente em 2002, o que é muito recente e está ainda em construção, assim como o é o próprio modelo assistencial instituído a partir do SUS. Porém, o incremento dessa estratégia deveria ser uma prioridade no município, visto que poderia significar maior qualidade da assistência e a ampliação de sua cobertura à população.

Quanto aos problemas de saúde entre os assentados de Butiá, verificamos que os mais freqüentes são aqueles decorrentes das precárias

condições de vida em que se encontram, ligados à realidade social excludente e marginalizada a que estão expostos, comuns à realidade da maioria dos assentamentos e acampamentos brasileiros (UnB, 2001). Problemas frequentes, também, no âmbito da Saúde Coletiva, tais como: Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, subnutrição infantil, problemas respiratórios, infecto-parasitários, problemas bucais em geral, tabagismo, alcoolismo, gravidez na adolescência, depressão etc.

Em relação às representações dos sujeitos do estudo sobre o processo saúde-doença, identificamos que assentados associam seus problemas de saúde à sua qualidade de vida, às suas restrições econômicas e às formas degradantes de trabalho a que muitas vezes se submetem, como é o caso do trabalho com a queima de carvão e com a produção de tabaco. A falta de saneamento e a água contaminada são apontadas como as principais causadoras de doenças entre eles. Conforme o relatório do INCRA (2007) e das informações obtidas junto aos assentados, percebe-se que a realidade sanitária do assentamento Butiá reflete a situação de outros assentamentos e acampamentos no Brasil (UnB, 2001).

Apesar de, no geral, avaliarem negativamente suas condições de vida e saúde, os assentados compreendem que sua realidade está inserida em um processo histórico em permanente construção e apontam diversos caminhos à superação de seus problemas de saúde: a realização de medidas de saneamento no assentamento e controle de qualidade da água que consomem; a institucionalização de garantias econômicas aos trabalhadores do campo, assim como a concretização de medidas efetivas que lhes garantam habitações de qualidade e alimentação adequada, de forma que sejam capazes de viver com qualidade de vida e produzir seu próprio alimento, livre de agrotóxicos (reconhecidos causadores de doenças entre eles).

As concepções demonstradas pelos assentados revelam uma visão de seus processos de saúde-doença que se aproxima do conceito ampliado de saúde postulado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (CARNEIRO, 2007; CAVALCANTE, 2008), ao associá-los a vários dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS), tais como alimentação, habitação, saneamento, trabalho, renda e até mesmo à história de vida dos indivíduos. Essa visão parece dever-se à influência do MST na formação de uma consciência particular entre os Sem Terra, conforme identificado em outras pesquisas (SHERER-WARREN, 2000; MORISSAWA, 2001; CAVALCANTE, 2008).

Para os profissionais e gestores, as precárias condições de vida e as carências sócio-econômicas também são as principais causadoras dos problemas de saúde entre os Sem Terra, o que reflete, de certa forma,

uma visão também abrangente do processo de saúde-doença, condizente com a conceituação ampliada. Porém, consideram que os problemas de saúde dessas populações estão vinculados à sua “*ignorância*” e que essas populações necessitam ser educadas, “*conscientizadas*”, a fim de que se revertam suas precárias condições de saúde. Esse entendimento pode indicar uma postura “*culpabilizadora*” desses profissionais e gestores, característica da “*educação sanitária*”, baseada na crença de que solução para os problemas de saúde dos assentados é “*conscientizá-los*”, e que “*educar*” se resume a dar palestras, aos moldes da “*educação bancária*”, baseada na “*transmissão vertical de conhecimentos*” (FREIRE, 1997; ROS, 2000; PELICIONI, 2007).

No que se refere às percepções dos assentados acerca da assistência à saúde prestada pelo Sistema Público de Saúde, identificamos situações que não diferem muito daquelas relatadas na literatura sobre o tema: insatisfações constantes, demonstradas por queixas e críticas sobre determinadas rotinas e sobre a qualidade do atendimento dos profissionais. Há, contudo, aqueles que vêem essa assistência como satisfatória e aqueles que se sentem completamente desamparados pelo Sistema de Saúde. Muitos deles relatam que só procuram atendimento – que se dá, preferencialmente, na USVG-SF-, em casos muito graves, geralmente, quando estão muito doentes. Exceto em campanhas de vacinação, a Unidade não é procurada para ações de prevenção e nem promoção da saúde. Essa relação dos assentados com o Sistema de Saúde também reflete a realidade da maioria dos assentamentos e acampamentos brasileiros (UnB, 2001).

Com relação aos problemas na assistência prestada pelo Sistema de Saúde, conforme apontaram os assentados, encontram-se: a dificuldade de acesso aos serviços de saúde devido ao isolamento em que se encontram (tido como o maior problema); a péssima qualidade das estradas e insuficiência de transportes públicos; o excesso de usuários atendidos na USVG-SF e a restrição do atendimento pela limitação do número de “fichas” fornecidas na Unidade.

Assim, consideram que a distância física e esses outros problemas próprios de sua realidade rural dificultam a assistência, porém, muitos deles queixam-se da distância existente entre o SUS e a sua realidade. Na sua visão, os gestores e os profissionais desconhecem os problemas vivenciados por eles em seu dia-a-dia e consideram que uma aproximação entre eles melhoraria a qualidade da assistência.

Para os gestores e profissionais, a assistência prestada aos Sem Terra é satisfatória, pois, consideram que o atendimento dado a eles é o mesmo dado aos outros usuários. Em seu entendimento, a USVG-SF é a



mais bem estruturada do município, o que se deve ao tratamento diferenciado que é dado pela Secretaria de Saúde a essa Unidade, por compreender as grandes dificuldades que se apresentam na realidade de profissionais que trabalham em regiões interioranas, em condições tão peculiares e, muitas vezes, extremas.

Em nossas análises, identificamos o que consideramos serem contradições na prática assistencial em Rio Negrinho, e, em especial, na realidade dos Sem Terra: a constatação de que no município se avaliam as necessidades dos usuários a partir de critérios numéricos (número de consultas, de exames, de usuários etc.), os quais nem sempre refletem as reais necessidades de uma população; a alocação de seis equipes de Saúde da Família para a área urbana e somente uma para as região interiorana (UFVG-SF), a qual abrange uma grande diversidade de localidades, incluindo os assentamentos e acampamentos; a não existência de programas/propostas especificamente direcionadas à realidade rural, excetuando-se as campanhas de vacinação e as palestras educativas, o que demonstra a marginalização dessas populações em detrimento da população urbana central; a dupla função da USVG-SF, que é, a princípio, uma Unidade de Saúde da Família, funcionando, também, como uma “*pseudo*” Unidade de Pronto Atendimento; a limitação da assistência aos Sem Terra do entorno, a qual se restringe às ações curativas prestadas na USVG-SF, embora o município receba um acréscimo orçamentário do Governo Federal para prestar a assistência, na lógica própria da Saúde da Família, aos assentamentos da região.

Por fim, e permeando toda essa realidade observada, deparamos com o indício de que o Direito Constitucional à Saúde dos Sem Terra é reduzido a um “benefício” prestado “caridosamente” pelos profissionais e gestores, situação essa que expõe “*prevalência histórica de relações político-sociais arcaicas, marcadas pelo signo da submissão e do favor*” (GUIZARDI; PINHEIRO, 2008, p.798), em que as relações dos gestores/profissionais de saúde com os Sem Terra tomam a forma da “*dependência, da tutela, da concessão, da autoridade e do favor, fazendo da violência simbólica a regra da vida social e cultural. Violência tanto maior porque invisível sob o paternalismo e o clientelismo, considerados naturais e por vezes, exaltados como qualidades positivas do caráter nacional*” (CHAUÍ, 1993, *apud* GUIZARDI, 2006, p.798).

Por toda a situação apresentada, consideramos que os caminhos à superação dos problemas encontrados devem passar pela construção de relações interpessoais baseadas num verdadeiro diálogo entre as três categorias de sujeitos envolvidas, em uma relação entre iguais, que fortaleça o vínculo entre os sujeitos, pois, só assim, as aspirações dos as-

sentados poderão ser devidamente interpretadas pelos profissionais e gestores, os quais, munidos desse conhecimento, estarão mais bem capacitados para construir estratégias de enfrentamento desses problemas.

Esse quadro poderia ser revertido se os mecanismos de Controle Social fossem verdadeiramente efetivados. Em nossa compreensão, apesar de esses mecanismos de participação da sociedade serem constantemente enfatizados, tanto na literatura acadêmica quanto nas políticas públicas, observa-se que eles permanecem ainda como um ideal a ser atingido. As experiências nos Conselhos de Saúde, por todo o Brasil, enfrentam grandes dificuldades em se sustentarem, devido à falta de uma estrutura institucional que as apóiem, numa perspectiva de longo prazo e que realmente estimule a participação comunitária, ainda muito incipiente no interior da sociedade.

Para a superação da problemática estudada, algumas ações pontuais poderiam ser trabalhadas: a realização de ações de saneamento dentro do assentamento, principalmente direcionadas à garantia da qualidade da água consumida e a destinação adequada do esgoto sanitário; a melhoria das condições das estradas que perpassam os assentamentos e ampliação do transporte público nesses locais; a constituição de Agentes Comunitários de Saúde, provenientes dos Sem Terra e encarregados da assistência aos assentamentos e acampamentos do entorno; a estruturação de uma Unidade de Pronto Atendimento (verdadeira) em Volta Grande, que atendesse ao Distrito, mas também às localidades, assentamentos e acampamentos da região; a liberação da Equipe de Saúde da Família da USVG-SF para a realização do trabalho com a saúde das famílias cadastradas, trabalhando na perspectiva da integralidade das ações, o que envolve Prevenção e Promoção da Saúde, e não somente ações curativas atendendo a livre demanda; a estruturação de outra (ou outras) Equipe(s) de SF que se destinasse(m) a atender às localidades, assentamentos e acampamentos da região e; a implementação de um Conselho Local de Saúde em Volta Grande e a efetiva participação dos assentados nesse espaço, onde poderiam apresentar e discutir suas demandas, contribuindo para a elaboração de estratégias de enfrentamento de seus problemas de saúde.

Consideramos importante ressaltar que, imerso em todos os problemas apontados nesse estudo, percebe-se que, mesmo de forma ainda desintegrada, existe um movimento, por parte dos sujeitos envolvidos, que busca a superação dessa realidade. Essa situação pode ser compreendida quando se percebe que ainda estamos construindo um novo Sistema de Saúde no Brasil, cuja história é muito recente, e, que tem como norte uma aspiração que tende à utopia, um sonho, o “sonho da saúde”,

como diria Gilson Carvalho, o “TUDO para TODOS”, a Integralidade e a Universalidade, o grande “desafio constitucional”.

Utópica ou não, é a aspiração que nos move. Por isso, finalizamos aqui, transcrevendo as palavras desse grande militante e defensor do SUS: *“para garantir o direito à saúde, existem limites, existem possibilidades. O limite é a barreira, a possibilidade é a conquista. O desafio: empurrar o limite para mais longe e avançar com o possível na conquista do impossível”* (GILSON CARVALHO, 2004).

## 6. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informações da Saúde Suplementar**. Rio de Janeiro: ANS, 2006.

ANDRADE, P.A; NAGY M.R. **Saúde e qualidade de vida no campo: a luta dos (as) trabalhadores (as) da Contag e dos (as) participantes do MST**. Brasília: Monografia (Especialização em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2004.

AROUCA, S. **Dr. Democracia**. Rio de Janeiro: O PASQUIM 21, 27 ago. 2002. Disponível em: <http://bvsarouca.cict.fiocruz.br/lildbi/docsonline/5/7/275-Sergio\_arouca\_entrevistao.doc> Acesso em: 03 de outubro de 2009.

ARRETCHE, M. **Financiamento federal e gestão local de políticas sociais: o difícil equilíbrio entre regulação, responsabilidade e autonomia**. 2003. Mimeografado.

ASSIS, M. M. A; CEQUEIRA, E. M.; SANTOS, A. M.; JESUS, W. L. A. **Atenção primária à saúde e sua articulação com a estratégia saúde da família: construção política, metodologia e prática**. Revista de Atenção Primária à Saúde, v. 10, n. 2, 2007.

BAHIA, L. **Padrões e Mudanças no Financiamento e Regulação do Sistema de Saúde Brasileiro: impactos sobre as relações entre o Público e Privado**. Saúde e Sociedade v.14, n.2, p.9-30, maio-ago 2005

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BERGAMASCO, S.M.P.P. **A realidade dos assentamentos rurais por detrás dos números**. Estudos avançados, nº 11 (31), 1997.

BERTOLLI FILHO, C. **História da saúde pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 2004.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências, [on-line], Brasília, 1990. Disponível em: <http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>. Acesso em: 22 ago. 2009.

\_\_\_\_\_. **O desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. 2002.

\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Agrário. **II Plano nacional de reforma agrária. 2003.** Disponível em: <<http://www.mda.gov.br/>>. Acesso em: 21/08/09.

\_\_\_\_. **Portaria 2.607 de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil.** Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 07 agosto de 2009.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003. Condições de saúde bucal da população brasileira 2002-2003: resultados principais.** Brasília: MS; 2004b.

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde.** Brasília, DF, 60 p. (Série Textos Básicos de Saúde, v. 7). 2006a

\_\_\_\_. Portaria n. 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. **Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Brasília, 2006b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 28 set. 2009.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** – Brasília : CONASS, 2007. 291 p. (Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, 1)

\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Síntese do Relatório do I Encontro Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos.** Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2009. 282 p.

BUSS, P.M; FILHO, A.P. **A Saúde e seus Determinantes Sociais.** Physis: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):77-93, 2007.

CADERNOS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE/ RIO NEGRINHO. Secretaria **Municipal de Saúde de Rio Negrinho**, 2009. Disponível em: <[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=28](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=28)>. Acesso em: 23 jan. 2010.

CADERNOS DE INFORMAÇÕES EM SAÚDE/ SANTA CATARINA. **Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina**, 2009, Disponível em: [http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=28](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=28)>. Acesso em: 19 jan. 2010.

CAMARGO JR, K.R. **A Biomedicina**. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Suplemento):177- 201, 2005

CAMARGO JR, K.R. **As Armadilhas da Concepção Positiva de Saúde**. *Physis: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 63–76, 2007.

CAMPONOGARA, S; KIRCHHOF A.L.C; RAMOS, F.R.S. **Uma revisão sistemática sobre a produção científica com ênfase na relação entre saúde e meio ambiente**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(2):427-439, 2008.

CAMPOS, G. W. S. ; GUTIÉRREZ, A. C. ; Guerrero, AVP ; CUNHA, G. T. . **Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia de saúde da família**. In: Campos, GWS; Guerrero, AVP. (Org.). *Manual de Práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada*. 1 ed. São Paulo: editora Huciec, 2008, v. 1, p. 132-153.

CANGUILHEM, G., 1990. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária

CAPONI, S., 1997. **Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud**. *História, Ciências, Saúde*, 4:287-307.

CARNEIRO, F. F. **A saúde no campo: das políticas oficiais à experiência do MST e de famílias de “bóias frias” em Unaí, Minas Gerais, 2005-2007**. 143 f. Tese (Doutorado em Ciência Animal) – Escola de Veterinária, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte; 2007.

CARVALHO, G. **Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela**. C:\Documents and Settings\Gersumino\Configurações locais\Temporary Internet Files\OLKC7\Apresentação\_TUDO PARA TODOS-DEZ-04\_Gilson.doc, 2004.

CARVALHO, T. M. **“Nós não tem direito”: costume e direito à terra no Contestado (1912/1916)**. Niterói: Dissertação (mestrado em História Social) Universidade Federal Fluminense: [s.n.], 2002.

CAVALCANTE, I.M.S; NOGUEIRA, L.M.V. **Práticas sociais coletivas para a saúde no assentamento Mártires de Abril na Ilha de Mosqueiro – Belém, Pará.** Esc. Anna Nery Rev. Enfermagem 2008 set; 12(3): 492-99.

CNDSS - Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

COELHO, M. T. A. D. e ALMEIDA FILHO, N. de: **Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência científica.** História, Ciências, Saúde . Manguinhos, Rio de Janeiro, vol. 9(2):315-33, maio-ago. 2002.

COELHO, F.M.G; CASTRO, T.G; CAMPOS F.M; CAMPOS M.T.F.S; PRIORE S.E; FRANCCESCHINI S.C.C. **Educação para promoção da saúde infantil: relato de experiência em um assentamento de reforma agrária, Vale do Rio Doce (MG).** Ciência & Saúde Coletiva, 10(3):739-747, 2005.

COHN A. **Estado e sociedade e as reconfigurações do direito à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 8(1):9-18, 2003.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8ª, 1986. Relatório eletrônico. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 10 setembro de 2009.

CORREA, C. **MST en marcha hacia la Agroecología: una aproximación a la construcción histórica de la Agroecología en el MST.** Córdoba: Dissertação (Maestria en Agroecologia: un enfoque sustentable de la agricultura ecológica). Universidad Internacional de Santa Lucía e Universidad de Córdoba, 2007.

DELGADO, G. C. **Expansão e modernização do setor agropecuário no pós-guerra: um estudo da reflexão agrária.** *Estudos avançados*, v.15, n.43, p.157-172. 2001

DELLAZERI, D. **Saúde Significa Realizar Reforma Agrária.** Arapongas: Entrevistas concedidas à página eletrônica do MST, 2006. Texto disponível em: <http://www.mst.org.br/mst/pagina.php?cd=1497>. Acessado em 29/01/2009.

DUARTE, R. **Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o campo de trabalho.** Cadernos de pesquisa, n. 115, mar./2002. p. 139-154.

ECONOMIA–IBGE. **Censo Agropecuário, 1996.** Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso: 07 de agosto de 2009.

ECONOMIA–IBGE. **Censo Agropecuário, 2006.** Disponível em: <www.ibge.gov.br>. Acesso: 23 de novembro de 2009.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FARIA, A.Â. **Gerenciamento da Unidade de Saúde de Volta Grande. 154f.** Monografia (Especialização em Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do SUS – GERUS/SC) – Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Professor Mestre Osvaldo de Oliveira Maciel, Florianópolis, 2008.

FLECK, L. **La génesis y el desarrollo de un hecho científico: troducción a la teoría del estilo de pensamiento.** Madrid, Alianza, 1986.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido.** 17ª Ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa.** São Paulo: Paz e Terra; 1997.

GADAMER, H. **Verdade e método.** Petrópolis: Vozes, 1999.

GRISOTTI, M; PATRÍCIO, Z.M. **A saúde coletiva entre discursos e prática: a participação de usuários, trabalhadores e conselheiros de saúde no município de Florianópolis.** Florianópolis: Ed. UFSC, 2006. 159p.

GUIZARDI, F.L.; PINHEIRO, R. **New social practices constituting the right to health: the experience of a community phytotherapy movement.** Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.12, n.24, p.109-22, jan./mar. 2008.

HABERMAS, J. **Dialética e hermenêutica.** Porto Alegre: LPM, 1987.

HEIDMANN, I.T.S.B.; ALMEIDA M.C.P.; BOEHS, A.E.; WOSNY, A.M; MONTICELLI, M. **Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções.** Texto Contexto Enferm. 2006 Abr-Jun; 15 (2): 352-8.

IANNI, O. **A formação do proletariado rural no Brasil – 1971.** In: Stedile, J.P. **A questão agrária no Brasil: O debate na esquerda – 1960 – 1980.** 1 ed. São Paulo: Expressão Popular, 2005. 320 p.



IBGE. **Contagem da População 2009**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2009/contagem\\_final/tabela1\\_1\\_8.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2009/contagem_final/tabela1_1_8.pdf). Acessado em: 16 de outubro de 2009.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 1995.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Rio de Janeiro: IBGE, 1998.

IBGE/PNAD. **Síntese de Indicadores Sociais 2008**. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2008/indic\\_sociais2008.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicadores2008/indic_sociais2008.pdf). Acessado em: 16 de outubro de 2009.

INCRA. **Plano de Desenvolvimento do Assentamento Butiá**. Florianópolis: INCRA / VPC/Brasil, 2007

INDRIUNAS, L. **História da saúde pública no Brasil**. Disponível em: <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>> Acesso em: 20.09.2009.

JUNGES, J.R. **Direito à Saúde, Biopoder e Bioética**. Interface – Comunic., Saúde, Educ., 2008. ISSN 1414-3283. ISSN online 1807-5762. 2008.

LEMOS, J. de J. S. **Mapa da exclusão social no Brasil** – radiografia de um país assimetricamente pobre. Fortaleza: Banco do Nordeste, 2005.

LIMA R.C.G.S; SEVERO D.O.; DA ROS M.A. **A construção do direito à saúde na Itália e no Brasil na perspectiva da Bioética Cotidiana**. Saúde Soc. São Paulo, v.18, n.1, p.118-130, 2009.

LUTAR por saúde é lutar por vida. ANCA. 2ª Edição. São Paulo: Coletivo Nacional de Saúde, Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra, 2000. Caderno de Saúde n.1.16p.

MACHADO, M.H. (coord.). **Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília:MS, 2000.

MACINKO. J. **Primary care orientation of health systems in the Américas**. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2002.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. **A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos**. São Paulo. EDUC / Moraes, 1989.

MENICUCCI TMG. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil: atores, processos e trajetória**. Rio de Janeiro: Fio-cruz; 2007. 320 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª Ed. - São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE/DATASUS. **Diretório de bases de dados de interesse da saúde**. Brasília: MS/FNS/Datasus.<<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 29 set. 2010.

MIRANDA, A.C.; MOREIRA, J.C.; CARVALHO R.; PERES, F. **Neoliberalismo, uso de agrotóxicos e a crise da soberania alimentar no Brasil**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2007, vol.12, n.1, pp. 7-14.

MORETTI-PIRES, R. O.; CAMPOS, D. A. **Pesquisa em saúde coletiva como instrumento de transformação social**. 2009. [mimeo]

MORISSAWA, M. **A História da Luta pela Terra e o MST**. São Paulo: Expressão Popular, 2001. 256 p.

MOVIMENTO DOS TRABALHADORES RURAIS SEM TERRA. **Cartilha Construindo**. Brasília: MST, 2000.

NASCIMENTO, P.R; ZIONI, F. **O Sistema Único de Saúde como observatório de direitos universais: uma reflexão a partir das Ciências Sociais**. *Interface Comunicação, Saúde e Educação* v.14, n.32, p.199-205, jan./mar. 2010

NOGUEIRA-MARTINS M.C.F.; BÓGUS C.M. **Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde**. São Paulo, v. 13, n. 3, 2004. p. 44-57.

OMS/UNICEF. **Cuidados primários de saúde**. Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata (URSS), UNICEF, 1979

\_\_\_\_\_. **Relatório da OMS sobre a epidemia global de tabagismo**. Genebra: Pacote MPOWER, 2008.

ORTIGA, A.M.B; CONILL L.M. **Municipalização da Saúde: a trajetória no Estado de Santa Catarina. R. Saúde públ. Santa Cat., Florianópolis, v. 1, n. 1, jan./jul. 2009**

PAIM, J. S. **Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.15, n.2, p.34-46, Mai./Ago. 2006.**

PATTON, M.Q. **Qualitative evaluation and research methods.** Newbury Park, CA. Sage Publications, 1990.

PAULILO, M. A. S. **Participação comunitária: uma proposta de avaliação.** Disponível em: <[http://www.ssrevista.uel.br/c\\_v1n2\\_participacao.htm](http://www.ssrevista.uel.br/c_v1n2_participacao.htm)>. Acesso em: 15 fev. 2010.

PELICIONI, M C F ; PELICIONI, A. F. **Educação e Promoção da Saúde: Uma Retrospectiva Histórica.** O Mundo da Saúde, v. 31, p. 320-328, 2007.

PERIAGO, M. R. L. **A renovación de la atención primaria de salud en las Américas: la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para el siglo XXI.** Rev. Panam Salud Publica, v. 21, n. 2/3, p. 65-68, 2007.

PINHEIRO, R.S; VIACAVA, F; TRAVASSOS, C; BRITO; A.S. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil.** Ciência & Saúde Coletiva, 7(4):687-707, 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE RIO NEGRINHO. Disponível em: <<http://www.rionegrinho.sc.gov.br/index.php>>. Acesso em: 15 abril 2010.

RELATÓRIO/RN. **Relatório de Gestão da Secretaria de Saúde do Município de Rio Negrinho, 2008.** Secretaria Municipal de Saúde de Rio Negrinho. Disponível em: <<[http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com\\_content&view=frontpage&Itemid=28](http://portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_content&view=frontpage&Itemid=28)>>. Acesso em: 27 jan. 2010.

RIBEIRO P.T. **Direito à saúde: integridade, diversidade e territorialidade.** Ciência & Saúde Coletiva, 12(6):1532, 2007.

ROS, M.A. **Estilos de pensamento em saúde pública: um estudo da produção da FSP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1984 e 1994, a partir da epistemologia de Ludwik Fleck.** Tese (Doutorado em Educação).

Florianópolis: CCE-UFSC, 2000.

ROS, M.A.; SOUZA, T.T.. ... **Para pensar uma forma de operacionalizar o planejamento estratégico em saúde**. Revista Ciências da Saúde, v. 25, p. 83-87, 2006.

ROS, M.A. **Sobre “o olho do furacão”**. Interface – COMUNICAÇÃO SAÚDE EDUCAÇÃO v.13, n.28, p.213-37, jan./mar. 2009

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Gerência de Planejamento do SUS. **Plano estadual de saúde**. Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina; organizado por Josimari Telino de Lacerda, Ângela Maria Blatt Ortiga Florianópolis: IOESC, 2007. 196 f., graf.; tab.; il.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Sistema Único de Saúde. **Plano diretor de regionalização: PDR 2008** [recurso eletrônico] / Secretaria de Estado da Saúde. – Florianópolis: IOESC, 2008. 128 p.; il.

SANTOS, F.P.; MALTA, D.C.; MERHY, E.E. **A regulação na saúde suplementar: uma análise dos principais resultados alcançados**. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2008, vol.13, n.5, pp. 1463-1475.

SANTOS, J. C. F. **As Questões de Limites Interestaduais do Brasil: Transição Política e Instabilidade do Território Nacional na Primeira República (1889-1930) – O Caso do Contestado**. Revista Eletrônica de Geografia y Ciencias Sociales: Vol. X, núm. 218, 2006.

SANTOS, P. **Santa Catarina e a Atenção Básica**. Revista Catarinense de Saúde da Família, Santa Catarina, ano 1, n.1, p.8-12, 2009.

SCHERER-WARREN, I. **Movimentos sociais rurais no mundo globalizado: o caso do MST**. Cadernos de pesquisa, nº24, Nov/2000. p.31-43.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. Physis: Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29 – 41, 2007.

SCOPINHO R.A. **Condições de vida e saúde do trabalhador em assentamento rural**. Ciência & Saúde Coletiva, 15(Supl. 1):1575-1584, 2010

SOARES, D. **O "Sonho de Rose": políticas de saúde pública em assentamentos rurais**. *Saude soc.* [online]. 2006, vol.15, n.3, pp. 57-73.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades da saúde, serviços e tecnologias.** Brasília: Unesco, Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F. **Saúde da Família, Promoção e Vigilância: construindo a Integralidade da Atenção à Saúde no SUS.** *Revista Brasileira de Saúde da Família.* Edição especial/ jan. a abr. Ministério da Saúde

TOFANI, N.L.F; CARPINTEIRO, M.C.C; BRUNO, V.R. **O pacto pela saúde e o fundo municipal de saúde de Várzea Paulista.** *Saude soc.* [online]. 2009, vol.18, suppl.1, pp. 22-25. ISSN 0104-1290.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA. **Saúde dos Trabalhadores Rurais de Assentamentos e Acampamentos da Reforma Agrária.** Brasília: Ministério da Saúde, Série Avaliação, nº 07, 2001.

VENDRAMINI, C.R. **A experiência coletiva como fonte de aprendizagens nas lutas do Movimento Sem Terra no Brasil.** *Revista Lusófona de Educação*, n.006. Universidade Lusofonade Humanidades e Tecnologías. Lisboa, Portugal. 2005. p. 67-80

WESTPHAL, M.F.; BÓGUS, C.M.; MENDES, R.; AKEMAN, M; LEMOS, M.S. **La Promoción de Salud en Brasil.** In: Arroyo HV (ed.). *La promoción de la salud en américa latina: modelos, estructuras y vision crítica.* San Juan (Puerto Rico): Universidad de Puerto Rico/UIPES/ORLA/ CDC/OPS-OMS/CIUEPS; 2004. p.123-154.

WHITEHEAD M 1992. **The concepts and principles of equity and health.** *International Journal of Health Services* 22(3):429-445.

WOSNY, A.M. **Comunicação pessoal,** 2009.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos.** Porto Alegre: Bookman, 2001.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A: ROTEIRO PARA OBSERVAÇÃO ESTRUTURADA

#### 1. Condições de vida

- Moradia (qualidade da habitação)
- Infra estrutura (estradas, energia elétrica e etc)
- Saneamento
- Educação
- Trabalho (formas, atividade, duração, divisão, intensidade)
- Alimentação (frequência, tipo, quantidade)

#### 2. Organização interna

Guia estruturada para informantes-chave:

- Histórico do assentamento e da luta pela terra na região
- Histórico das conquistas internas (água, escola, etc.)
- Organização interna
- Participação do assentamento em atividades do MST
- Relação com os serviços de saúde
- Relação com gestores e profissionais do campo da saúde

Perguntas para informantes-chave:

1. Como está organizado o assentamento Butiá? As habitações? Quantas famílias? A produção como é? Coletiva? Individual? Cooperativa? Os setores? Os representantes? O setor de Saúde?
2. Quais políticas públicas a comunidade tem acesso?
  - ( 1 ) habitação ( 2 ) alimentação/segurança alimentar ( 3 ) saúde ( 4 ) saneamento
  - ( 5 ) crédito agrícola ( 6 ) energia ( 7 ) telefonia ( 8 ) estradas ( 9 ) transporte
  - ( 10 ) educação ( 11 ) assistência técnica

**APÊNDICE B: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-  
ESTRUTURADA COM ASSENTADOS DO ASSENTAMENTO  
BUTIÁ**

1. O que é necessário para se ter saúde?
2. Que coisas na vida produzem doença?
3. Quais são os problemas vivenciados na saúde da sua família?  
Para você, quais são as causas?
4. Como enfrentaram esses problemas?
5. Já houve óbito na família?
6. (1) sim (2) não (3) não sabe  
Qual foi a causa?
7. Já precisou procurar um atendimento?  
(1) sim (2) não (3) não sabe  
Como foi o processo (deslocamento, tipo de atendimento, foi atendido, qualidade do atendimento, pós-atendimento)?
8. Quais são os principais problemas de saúde encontrados no assentamento?  
Quais são as causas?
9. Que problemas de saúde podem ser tratados dentro do assentamento?
10. Quais os remédios ou tratamentos feitos dentro do assentamento?
11. O que falta para se ter boa saúde no assentamento?
12. Que influência o MST tem em relação à saúde das famílias do assentamento?
13. O SUS atende as necessidades de saúde de sua família ou comunidade? (1) sim (2) não (3) não sabe  
Por quê?
14. O que pode ser feito para mudar esta situação?
15. Há participação nos Conselhos de Saúde (Municipal e/ou Locais)?

## **APÊNDICE C: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

1. O Município tem plano de saúde?
2. Quais propostas/programas para área rural?
3. Como se dá o processo execução do plano de saúde?
4. Na sua visão, como está a situação da saúde entre os Sem Terra?
5. Quais são as principais doenças encontradas nos assentamentos e acampamentos?
6. Quais são as causas?
7. O que falta para se ter boa saúde nos assentamentos e acampamentos?
8. Que influência o MST tem em relação à saúde das famílias nos assentamentos e acampamentos?
9. O SUS atende as necessidades de saúde das famílias assentadas e acampadas? (1) sim (2) não (3) não sabe
10. Por quê?
11. O que pode ser feito para mudar esta situação?
12. Como se dá a participação dos membros do MST nas instâncias de controle social do SUS?
13. Quais são as pautas de reivindicação do MST aqui na Unidade ou na Secretaria de Saúde?
14. O Município recebe algum acréscimo no recurso para o atendimento dos Sem Terra?
15. Conhece Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta (PNSPCF)?



## **APÊNDICE D: ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI- ESTRUTURADA COM GESTORES**

- 1.O Município tem plano de saúde?
- 2.Quais propostas/programas para área rural?
- 3.Como se dá o processo execução do plano de saúde?
- 4.Como está estruturado o SUS em Rio Negrinho? De que forma está inserida a rede assistencial de saúde dentro do assentamento Butiá? Quantos médicos? Quantos postos? Quantas ambulâncias? Quantos enfermeiros? O PSF? Quais os programas voltados para o campo?
- 5.Na sua visão, como está a situação da saúde entre os Sem Terra?
- 6.Quais são as principais doenças encontradas nos assentamentos e acampamentos?
- 7.Quais são as causas?
- 8.O que falta para se ter boa saúde nos assentamentos e acampamentos?
- 9.Que influência o MST tem em relação à saúde das famílias nos assentamentos e acampamentos?
- 10.O SUS atende as necessidades de saúde das famílias assentadas e acampadas? (1) sim (2) não (3) não sabe
- 11.Por quê?
- 12.O que pode ser feito para mudar esta situação?
- 13.Como se dá a participação dos membros do MST nas instâncias de controle social do SUS?
- 14.Quais são as pautas de reivindicação do MST no campo da saúde perante os órgãos públicos? E aqui na Secretaria de Saúde?
- 15.O Município recebe algum acréscimo no recurso para o atendimento dos Sem Terra?
- 16.Conhece Política Nacional de Saúde das Populações do Campo e da Floresta (PNSPCF)?

## APÊNDICE E: APROVAÇÃO DO CONSELHO DE ÉTICA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 336

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR.99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

**PROCESSO:** 336

**FR:** 290952

**TÍTULO:** A realidade de saúde dos Sem-Terra: o caso do assentamento Butiã, Santa Catarina, Brasil

**AUTOR:** Clariton Edzard Davoine Cardoso Ribas, Thiago Alfredo Botelho de Córdova

FLORIANÓPOLIS, 09 de Outubro de 2009.

\_\_\_\_\_  
Coordenador do CEPSH UFSC

## APÊNDICE F: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO AGROECOSSISTEMAS –  
PGA**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, **Thiago Alfredo Botelho de Córdova**, Biomédico e Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Agroecossistemas da Universidade Federal de Santa Catarina - Brasil, sob orientação do Prof. Dr. **Clarilton E. D. Ribas**, e co-orientação do Prof. Dr. **Antonio M. Wosny**, estou desenvolvendo a pesquisa intitulada: **“A realidade de saúde dos Sem Terra: o caso do assentamento Butiá, Santa Catarina, Brasil”**, com o objetivo de **Analisar a realidade da saúde de famílias de trabalhadores rurais vinculados ao MST e sua relação com os serviços e políticas de saúde oficiais.**

Este estudo tem como objetivos específicos: - Identificar as concepções em saúde de trabalhadores Sem Terra, de representantes do Setor de Saúde do MST, assim como de gestores e profissionais de saúde, evidenciando suas aproximações e distanciamentos; - Caracterizar os problemas vivenciados por famílias de Sem Terra em sua saúde; - Identificar suas estratégias de enfrentamento frente a estes problemas;

Compreender a visão dos integrantes MST, profissionais e gestores do campo da saúde sobre suas experiências e práticas nesta área pode contribuir para a construção de políticas públicas que visem superar as iniquidades encontradas nas condições de saúde das populações do campo, assim como contribuir com elementos para a discussão deste tema no interior do movimento.

Para isto será necessário o desenvolvimento de entrevistas gravadas em áudio com os integrantes do MST, profissionais e gestores no campo da saúde, os sujeitos desta pesquisa. Os resultados serão posteriormente apresentados a estes sujeitos em reunião agendada com os mesmos, e publicados sob a forma de uma dissertação e de artigos científicos. Aos participantes estará garantido o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade de se retirarem da pesquisa a qualquer momen-

to, invalidando este consentimento e autorização para publicação, sem que isso traga qualquer prejuízo e/ou constrangimento.

Diante do exposto, Eu \_\_\_\_\_, **concordo** em colaborar voluntariamente com o trabalho e declaro para os devidos fins que fui informado (a) e orientado (a), de forma clara e detalhada a respeito dos objetivos, da justificativa, da metodologia e das condições da minha participação nesta pesquisa. Concordo, portanto, com as condições aqui oferecidas pelo pesquisador para a correta utilização das minhas informações, bem como, o mesmo afirma as condições descritas neste documento que asseguram a minha participação no trabalho.

Brasil, \_\_\_\_\_ 2009.

Sujeito da Pesquisa

Pesquisador responsável

Ass: \_\_\_\_\_

Ass: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Thiago A. Botelho de Córdova

RG: \_\_\_\_\_

RG: SSP/MG 12.549.900

Contato: (48) 9927-2119

Correio eletrônico:

thiagobiobob@yahoo.com.br